BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

Dott. EMILIO KRAEPELIN
Professore di Psichiatria nell'Università di Monaco

TRATTATO DI PSICHIATRIA

TRADUZIONE SULLA VII EDIZIONE ORIGINALE
per il
DOTT. GUIDO GUIDI
Aiuto alla Regia Clinica Psichiatrica di Roma

SOTTO LA DIREZIONE E CON PREFAZIONE
del
Professore A. TAMBURINI
Prof. di Psichiatria nella R. Università di Roma

VOLUME I
Psichiatria Generale

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO
NAPOLI - FIRENZE - ROMA - TORINO
PALERMO - BOLOGNA - GENOVA - PISA - PADOVA - CATANIA - CAGLIARI - SASSARI - BARI
TRIESTE - BUENOS - AIRES - MONTEVIDEO - SAN PAULO - ALESS. D'EGITTO

BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

Dott. EMILIO KRAEPELIN
Professore di Psichiatria nell'Università di Monaco

TRATTATO
DI
PSICHIATRIA

TRADUZIONE SULLA VII EDIZIONE ORIGINALE
per il
DOTT. GUIDO GUIDI
Aiuto alla R. Clinica Psichiatrica di Roma
SOTTO LA DIREZIONE
del
Professore A. TAMBURINI
Prof. di Psichiatria nella R. Università di Roma

VOLUME I
Psichiatria Generale

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO
NAPOLI - FIRENZE - ROMA - TORINO - PALERMO
BOLOGNA - GENOVA - PISA - PADOVA - CATANIA - CAGLIARI - SASSARI - BARI
TRIESTE - BUENOS AYRES - ALESSANDRIA D' EGITTO

INDICE

Pag.

INTRODUZIONE 1

I. **Le cause della pazzia** 10

A. CAUSE ESTERNE 12

I. *Cause somatiche* ivi

Malattie cerebrali ivi

Disturbi di circolo (iperemia, anemia, stasi) — Azioni chimiche, distruzioni, azioni psichiche — Lesioni del capo — Localizzazione dei disturbi psichici (tumori, avvelenamenti, delimitazione, stratificazioni).

Malattie nervose 24

Tabe — Polinevrite — Chorea — Epilessia — Tetania — Psicosi emicraniche — Delirii da dolore, psicosi riflesse (dysphrenia neuralgica).

Interventi operativi 28

Delirio traumatico — Disturbi psichici per ovariectomia — Deliri in camera oscura.

Intossicazione e esaurimento (fame, insonnia) 29

Malattie infettive 33

Malattie infettive acute (infezione, febbre, esaurimento) — Malattie infettive croniche (tubercolosi, lepra, sifilide, metasifilide).

Malattie da ricambio materiale 39

Autointossicazioni (avvelenamento da acido carbonico, uremia, colemia) — Cancro — Intossicazioni intestinali — Diabete, glicosuria — Gotta — Mixoedema, morbo di Basedow.

Avvelenamenti 44

Pellagra — Ergotismo — Alcool — Etere, paraldeide, petrolio, benzina, cloroformio — Morfina, oppio — Cocaina — Haschisch, fungo moscario — Medicamenti (bromo, sulfonal, iodoformio) — Mercurio, piombo, fosforo — Ossido di carbonio, solfuro di carbonio, anilina.

Malattie degli organi 56

Organi di senso (orecchie) — Malattie polmonari — Malattie di cuore — dei vasi — delle funzioni digestive — dei reni — dei genitali.

Vita sessuale e procreazione 60

Pag.

Eccessi sessuali, onania, pazzia nuziale, astinenza — Disturbi mestruali, climaterio — Gravidanza, puerperio e allattamento.

2. *Cause psichiche* 68
Emozioni 69
Stati affettivi acuti (psicosi da emozione, delirio ansioso) e cronici.
Sopra-affaticamento 72
Prigionia 73
Guerra 75
Contagio psichico 76
Epidemie, pazzia indotta — Pazzia in seguito ad esperimenti ipnotici e spiritici.

B. Cause interne (predisposizione) 78

1. *Predisposizione generale* 79
Età ivi
Psicosi della fanciullezza — della pubertà — della virilità — della età regressiva — della vecchiaia.
Sesso 84
Razza e clima 86
Condizioni generali di vita 88
Città e campagna — Cultura
Professione 90
Stato civile 92
2. *Predisposizione personale* 93
Eredità ivi
Degenerazione — Tipi creditari — Segni degenerativi.
Disturbi di sviluppo 99
Educazione 100

II. **Le manifestazioni della pazzia** 102

A. Alterazioni del processo di percezione ivi

Disturbi psico-sensoriali 103
Disturbi percettivi elementari — Illusioni percettive — Allucinazioni e illusioni — Ripercezione — Allucinazioni immaginative (sdoppiamento del pensiero) — Allucinazioni di concezione — Allucinazioni riflesse — Allucinazione della vista, dell'udito, dell'odorato, del gusto, del tatto. — Svariatissime espressioni cliniche.
Alterazioni della coscienza 120
Stati crepuscolari — Sonno e sogno.
Disturbi della percezione 123
Rallentamento della percezione.
Disturbi dell'attenzione 125
Ottundimento — Veto — Arresto — Determinabilità — Facilità a distrarsi (iperprosessia) — Fissazione dell'attenzione.

B. Disturbi della attività intellettiva 130

Disturbi della memoria ivi

Pag.

Disturbi della fissazione dei ricordi — Mancanza dei ricordi (amnesia retrograda) — Debolezza di memoria — Amnesia parziale (afasia amnestica) — Falsificazione dei ricordi (paramnesie, allucinazioni mnemoniche).

Disturbi dell'orientamento 138

Orientamento riguardo al tempo, al luogo, alle cose — Disorientamento (apatico, stuporoso, delirante, allucinatorio, amnestico).

Disturbi nella formazione delle rappresentazioni e dei concetti . 142

Rappresentazioni, concetti generali (parola) — Difficoltata e indistinta formazione dei concetti.

Disturbi del processo ideativo 145

Legami ideativi (coesistenza, esercizio verbale, associazioni di suono, subsuzione, legami predicativi) — Rappresentazioni terminali — Idee coatte — Persistenza delle idee, perseverazione — Stereotipia — Uniformità — Prolissità — Distraibilità (flusso delle idee, lungaggine) — Distrazione — Confusione.

Disturbi dell'immaginazione 164

Paralisi (difficoltà) — Arresto del pensiero — Mancanza di interessamento — Aumento della facoltà immaginativa (bugiardi e ciarlatani), suggestibilità aumentata e autosuggestibilità

Disturbi del giudizio e della critica. 167

Sapere e credere — Errore, superstizione e idea delirante — Condizioni originarie dell'idea delirante (monomanie, idee prevalenti, delirio parziale) — Localizzazione di essa — Idea delirante, debole, fissa, sistematizzata — Idee di piccolezza e di grandezza, (delirio di peccato, di persecuzioue, di gelosia, telepatico, riformatorio, ipocondriaco, di grandezza, mancanza di coscienza di malattia).

Disturbi nella rapidità del decorso rappresentativo. 183

Rallentamento e acceleramento

Disturbi della capacità al lavoro psichico 185

Qualità psichiche fondamentali — Facoltà di esercizio — Eccitabilità — Stancabilità — Capacità a ristabilirsi (profondità del sonno) — Distraibilità — Facoltà di abitudine.

Disturbi della coscienza 189

Distruzione della personalità — Doppia coscienza (« ekmnèsia ») — Mutamenti patologici.

C. Disturbi della vita sentimentale 192

Diminuzione e aumento della eccitabilità emotiva — Insensibilità — Delimitazioni dei rapporti sentimentali — Influenzabilità del tono sentimentale, cambiamento nel tono sentimentale.

Temperamento morboso 196

Aumento dei sentimenti spiacevoli — Ansia — Irritabilità — Carattere chiuso, lunatico — Estatici e ciarlatani — Leggieri.

Emozioni patologiche 199

Ansia — Timori coatti, fobie — Depressione — Irritabilità —

Pag.

Sfrenatezza — Umore allegro — Senso di piacere — Allegria — Rapidamento, estasi.

Disturbi dei sentimenti generali 208

Stanchezza, fame — Noia — Senso di schifo, dolore — Sentimenti sessuali.

D. Disturbi della volizione e della condotta 212

Diminuzione degli impulsi volitivi 213

Aumento degli impulsi volitivi 214

Irrequietezza — Stimolo all'occupazione — Stimolo al movimento.

Difficoltà nella determinazione degli impulsi volitivi . . . 216

Arresto psicomotorio, stupore — Veto volitivo.

Facilitata determinazione degli impulsi volitivi 218

Aumento nella influenzabilità della volontà 220

Libertà volitiva — Determinabilità — Mancanza di volontà (automatismo al comando, ipnosi, *flexibilitas cerea*, automatismo imitatorio, ecolalia, ecoprassia) — Distraibilità della volontà (instabilità).

Affettazione e stereotipia 223

Incrociamento volitivo — Stereotipia — Manierismo — Movimenti ritmici — Deviamento (paramimie).

Diminuita influenzabilità della volontà 228

Negativismo (mutacismo, — negativismo al comando) — Resistenza — Testardaggine — Intrattabilità — Costrizione volitiva, pedanteria.

Azioni coatte 231

Azioni protettive — Impulsi coatti.

Azioni impulsive 233

Tendenze patologiche 234

Manie — Impulsi sessuali patologici (stimolo sessuale contrario, sadismo, masochismo, feticismo) — Sodomia, zoofilia — Collezionismo, cleptomania — Piromania — Impulso omicida, impulso ad avvelenare.

Disturbi dei movimenti mimici 240

Movimenti (perdita della grazia dei movimenti) gesticolazione — Parola — Confusione verbale, verbigerazione, neologismi — Scrittura — Letteratura e arte.

Condotta morbosa 249

Condotta delirante — Capacità al lavoro — Infermi dominanti — Capacità all'occupazione — Responsabilità.

III. Decorso, esiti e durata della pazzia 254

A. Decorso della pazzia ivi

Inizio della malattia 255

Periodo di stato 256

Cambiamento di stato — Attacchi — Intermissioni e remissioni.

Pag.
Periodo della guarigione 258
Peso del corpo.

B. Esiti della pazzia 261

Guarigione ivi
Prognosi della pazzia — Sguardo d'insieme della malattia — Influenza delle malattie febbrili.
Guarigione incompleta 265
Inguaribilità 267
Demenza.
Morte 268
Mortalità — Suicidio.

C. Durata della pazzia 269
Guarigioni tardive.

IV. La diagnosi della pazzia 271

A. Esame del malato ivi

Anamnesi 272
Stato presente 274
Esame somatico (stato generale, segni degenerativi, cranio, sistema nervoso, organi interni, circolazione, sangue, escrezioni). Stato psichico (esame dell'intelligenza) — Esami più fini (percezioni, misure del tempo, oscillazioni dell'attenzione, memoria, fissazione dei ricordi, legami ideativi, impulsi volitivi, scrittura, ricerche ergografiche, tremori, movimenti espressivi, riflessi, pletismografia, qualità psichiche fondamentali).
Osservazione 295
Autopsia 296
Diagnosi anatomica.

B. Confini della pazzia 299

Diagnosi clinica — Processi e stati morbosi — Campi confinanti (delimitazione, genii non riconosciuti e veri, debolezza morale).

C. Simulazione e dissimulazione 305

V. Trattamento della pazzia 309

A. Profilassi ivi

Matrimoni tra pazzi — Lotta contro la degenerazione — Dietetica dei lattanti — Educazione — Quistione del sopra lavoro — Scelta della professione — Lotta contro l'alcoolismo e la sifilide — Cura dei pazzi, manicomii, società di soccorso — Compito dello Stato (scienza e insegnamento).

B. Cura somatica 317

Trattamento medicamentoso ivi
Narcotici (oppio, morfina, codeina, ioscina, duboisina, haschich,

Pag.

pelletina) — Ipnotici (cloralio idrato, paraldeide, idrato di amile, dormiolo, sulfonal, trional, uretano, edonal, veronal, alcool) — Cloroformio, etere, brometile — Preparati di bromo — Nitrito di amile, digitale — Tireoidina, tubercolina, *bacterium coli* — Vescicatori, tartaro emetico, drastici.

Interventi operativi 328

Operazioni cerebrali, craniectomia — Operazioni ginecologiche — Aborto procurato e parto prematuro — Asportazione di proliferazioni nella cavità nasale e faringeale — Tireoidectomia — Ipodermoclisi.

Cure fisiche 330

Trattamento idrico (bagni a permanenza, impacchi, docce a pioggia, frizioni) — Freddo — Elettroterapia — Massaggio.

Cure dietetiche. 335

Alimentazione — Alcool come alimento — Cura per ingrassare — Riposo in letto — Separazione, isolamento — Contenzione meccanica.

C. Trattamento psichico 241

Regole generali — Occupazione — Intimidazione — Suggestione.

D. Trattamento dei singoli fenomeni morbosi 349

Eccitamento psichico — Ansia — Insonnia — Tendenza al suicidio — Mania a lacerare — Sudiceria — Masturbazione — Sitofobia (nutrizione con la sonda, clisteri nutritivi, ipodermoclisi, nutrizione sottocutanea).

E. Il manicomio 358

Storia — Azione del manicomio — Trasporto nel manicomio (formalità) — Medici di manicomio — Infermieri — Asili di città (reparti di sorveglianza) — Colonie (occupazione, sistema della porta aperta) — Trattamento famigliare — Riparto per pazzi pericolosi — Dimissioni dal manicomio — Società di soccorso — Asili per alcoolisti — Case di salute per malati nervosi.

INTRODUZIONE

La psichiatria è la scienza che tratta delle malattie mentali e della loro cura: il suo scopo è quello di conoscere scientificamente la natura dei disturbi psichici. I medici dell'antichità erano già tanto avanti nella soluzione di questo problema, che credevano la pazzia in rapporto con alcuni disturbi somatici, specialmente con la febbre e con gli umori. Tali nozioni che già si erano sviluppate fino a formare un sistema scientifico, si perdettero completamente con il crollo dell'antica coltura. Nel medio evo, invece, per spiegare la pazzia s'introdussero da una parte concetti scolastico-filosofici, dall'altra concetti religioso-superstiziosi, e questi fugarono ben presto le teorie che tentavano di dare una spiegazione naturale. I disturbi mentali non erano più l'esponente di una malattia, sibbene opera del demonio, castigo del cielo, ed anche, a volte, estasi divina. Il medico non si occupava più dell'esame e della cura del demente, era invece il prete che cercava di cacciare con gli esorcismi gli spiriti maligni; il popolo adorava il demente come un santo; il giudice ritenendolo uno stregone gli faceva espiare i supposti peccati con la tortura o sul rogo. Con il fertile ritorno allo studio scientifico e specialmente allo studio della medicina, l'interessamento dei medici cominciò adagio adagio a rivolgersi verso i malati mentali; però fu d'uopo che trascorressero dei secoli prima di poter generalizzare l'idea che solo i medici potessero conoscere e curare le malattie mentali.

Per fino Kant pensava che meglio e con maggior competenza potesse giudicare dello stato psichico di un soggetto un filosofo, di quel che non potesse fare un medico. Solo quando si cominciarono a costruire gli asili per alienati e che questi furono sottoposti ad una sorveglianza medica, si iniziò una dottrina veramente scientifica sulla pazzia.

All'infuori di alcuni precursori, può dirsi che soltanto alla fine del dieciottesimo secolo comparvero veri alienisti; da allora, malgrado grandissime difficoltà, la psichiatria si è sviluppata con rapidità sorprendente, come una grande branca della scienza medica.

All'inizio del suo sviluppo, essa ha dovuto, specialmente in Germania, combattere strenuamente per affermarsi. (1) Vero è che la credulità negli ossessi, che si appoggiava sull'autorità della bibbia, era già quasi scomparsa, benchè anche oggi si veda fiorire di nascosto in questa o quella parte; però la giovane scienza psichiatrica, fondata da Esquirol sulla base di una già ricca esperienza clinica, ebbe contro di sè, nelle prime diecine dell'ultimo secolo, un pericoloso nemico nella dottrina morale-teologica di Heinroth, Beneke ed altri. Secondo questa dottrina il disturbo mentale non doveva essere che una conseguenza del peccato, che si impadroniva del soggetto fino a far perdere a questo ed anima e corpo. Contro queste e simili teorie, discusse con molta finezza, combatterono con l'arme dell'esame scientifico i « Somatici » dei quali i capi furono Nasse e Jacobi, (2) che dichiararono essere la pazzia dovuta a disturbi somatici.

A questi ultimi scienziati è rimasta la vittoria. Quello sul quale 70 anni fa si disputava accanitamente, è oggi divenuto, sebbene in forma cambiata, la base della nostra scienza. Nessuno più osa mettere in dubbio presentemente, che i disturbi mentali non debbano essere sotto il dominio e la cura del medico; noi ora sappiamo che nelle diverse forme psichiche, si tratta di un cambiamento più o meno fine della corteccia cerebrale; con tale conoscenza la psichiatria aspira a delle finalità ben chiare e determinate, servendosi di metodi e di massime puramente scientifiche.

L'osservazione al letto del malato ci darà innanzi tutto una conoscenza per quanto è possibile vasta ed intima delle forme cliniche. Noi dobbiamo imparare a scegliere a poco a poco nella immensa varietà delle singole osservazioni tutto ciò che è metodico ed essenziale, giungendo così a limitare e dividere quelle forme che hanno tra loro un punto di contatto. Tale problema, nel nostro campo, ha presentato finora difficoltà insormontabili. Quadri morbosi, che nella loro essenza sono molto diversi l'uno dall'altro, possono mostrare nella loro mani-

(1) Friedreich, *Historisch-kritische Darstellung der Theorien über das Wesen und den Sitz der psychischen Krankheiten.* 1836.

(2) Jacobi, *Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten.* 1830.

festazione esterna la più grande simiglianza, mentre sappiamo che stati morbosi, che dapprincipio appaiono dissimili od anche in contrasto, non sono che manifestazione di uno stesso processo morboso.

Ciò che si pretende ragionevolmente da un medico è la *prognosi di una malattia.* Quando siamo in grado, dallo stato presente dell'infermo, di predire il futuro sviluppo della malattia, abbiamo fatto il primo importante passo per dominare scientificamente e praticamente il quadro morboso. Faremo perciò bene a portare la nostra attenzione su questo oggetto. Quasi tutte le altre branche della scienza medica sono giunte oramai alla soluzione di questo problema; noi sappiamo bene quale sarà il decorso di un tifo, o quello di una frattura, e conosciamo tutto ciò che può intralciare il processo di guarigione. In psichiatria invece, conosciamo al massimo i primi principii di tale interessante problema. È bensì vero che ciascun alienista acquista nel corso della sua pratica la capacità di trarre da certi segni le conclusioni sulla guaribilità od inguaribilità dei suoi infermi; mancano ancora però, escluso forse per il gruppo delle paralisi, principii sicuri, che *possano* essere insegnati, per comprendere lo sviluppo clinico probabile dei diversi stati morbosi.

Una delle ragioni principali per cui ciò avviene, sta nella durata straordinariamente lunga delle malattie mentali. Vediamo infatti da una parte molte forme incurabili che decorrono per tutta la vita con cangiamenti successivi, mentre in altri gruppi morbosi vediamo che la malattia percorre la sua parabola con attacchi limitati e molto distanti tra loro, oppure con la completa cessazione per lungo tempo di qualunque sintoma; sicchè l'intima connessione di ogni singolo attacco o di ciò che vi si aggiunge di nuovo, non può venire compresa se non con una esatta conoscenza di tutto quel che è già avvenuto. Ciascun alienista rimane grandemente sorpreso se gli avviene di poter continuare le osservazioni su quei soggetti che furono altra volta suoi malati. Riconoscerà sempre, ad esempio, che la maggioranza di quei casi, che hanno avuto un decorso rapido e benigno, non sono altro che la manifestazione di una permanente disposizione morbosa, che però può per lungo tempo tacere. Sono proprio questi andamenti ingannatori, quelli che rendono così difficile la comprensione del quadro clinico. Nostro principale compito quindi continuerà ad essere, ancora per un certo tempo, lo studio del decorso delle singole forme; onde è per noi importantissimo seguire lo svolgersi della vita dei nostri infermi, e spesso sarà possibile così soltanto trovare il giusto modo per poter emettere un giudizio clinico.

Nello stabilire le *cause* della malattia si deve usare una precauzione speciale. Il profano è facilmente inclinato a dare la responsabilità dell'insorgenza della pazzia ad un avvenimento qualunque, per esempio ad uno stato emotivo, ad un insuccesso, ad una malattia, ad un eccesso di lavoro. La esperienza clinica però insegna che il significato causale di tali influenze esterne è pressochè nullo, e spesso avviene anche che le prime manifestazioni della pazzia vengano scambiate con le cause di quella. Quando noi vediamo che gli stessi stati morbosi, che ci sembrano in un caso prodotti da un fatto ben distinto, nello stesso malato ed in altri moltissimi, si producono senza alcuna causa apparente, cominciamo a diffidare della causa, che prima ci era sembrata così chiara. Anche in questo campo si deve ancora fare moltissimo; le medesime cause debbono dare nello sviluppo delle forme morbose mentali, i medesimi effetti; quando, come succede spessissimo, tale legge presenta delle eccezioni, o le cause o gli effetti non dovevano essere veramente uguali. Con un lavoro paziente di osservazioni sicure e specialmente complete, si potrà vedere chiaro e sulle cause e sugli effetti.

Quando saremo riusciti con le osservazioni cliniche a formare gruppi morbosi, con cause, manifestazioni e decorso ben certi e sicuri, allora sarà nostro compito di *approfondire lo studio delle singole forme morbose*. Si è già usata da tempo a questo fine *l'anatomia patologica*. Disgraziatamente questa scienza, alla quale le altre branche della medicina debbono tanto, ci ha potuto dare fino ad ora solo poca luce, perchè le nostre conoscenze sulla struttura della corteccia del cervello nel sano, e su quella della corteccia del cervello nel malato sono troppo incomplete. La nostra scienza è finora insufficiente a spiegarci i mutamenti di struttura istologica di quelle regioni che sembrano essere delegate alle manifestazioni psichiche più elevate. Ed anche dove l'osservazione anatomica ha già scoperto cambiamenti profondi ed estesi, è molto difficile sceverare il risultato di ciò che è generale da quel che è individuale, in modo da poter distinguere il quadro anatomico dello stato e del decorso di una malattia. Gli esperimenti sugli animali, e specialmente le indagini fatte con gli avvelenamenti, hanno arrecato grandissima luce, perchè è stato possibile così di stabilire rapporti univoci tra le cause produttrici dello stato morboso, ed i mutamenti della corteccia, e nel medesimo tempo ha permesso di stabilire le singole tappe del processo morboso. Veramente tali esperienze non si possono senz'altro riportare all'organismo umano; però lo studio di quelle forme di disturbi psichici, alla conoscenza delle quali si possono utilizzare gli esperimenti sugli animali, sarà reso più facile.

Anche minore aiuto che l'anatomia patologica porta ai nostri studii sulle malattie mentali la *fisiologia del cervello,* benchè le sue dottrine siano di grande valore per l'esame e la cura delle più grossolane malattie cerebrali. Tutte le forme della follia sono fondate molto probabilmente sopra vasti disturbi della corteccia, e ben difficilmente esse sono dovute ad alterazioni di ristretti campi della corticalità. Le operazioni sul cervello che ci hanno indicato quale sia la distribuzione delle localizzazioni cerebrali, non sono confrontabili nè per il loro carattere, nè per la loro estensione alle fini ed estese deviazioni, che sono, come dobbiamo credere, la base dei disturbi mentali. Del resto non sempre la psichiatria è sfuggita al pericolo di trasportare le idee acquistate nel campo dell'esperimento, per ciò che riguarda le localizzazioni, sul territorio, infinitamente più complicato, dei disturbi psichici, tentando di schematizzare così, imperfettamente e sterilmente, tutto ciò che era esperienza clinica.

Ciò poteva avvenire tanto più facilmente quanto meno noi conoscevamo il meccanismo e le leggi dei nostri processi psichici. La psicologia speculativa con i suoi aridi giuochi di fantasia ha impedito per lungo tempo, con tutta la sua forza, lo sviluppo della psichiatria e la trasformazione di questa in scienza clinica. Doveva però prodursi una forte contro corrente alle teorie speculative, e quindi gli studii dovevano rivolgersi, nelle ricerche psichiatriche, ai mutamenti somatici, e, per riguardo alle altre branche della medicina, ai mutamenti anatomici. È bensì vero che, se pure si potesse avere una conoscenza maggiore sulle alterazioni della corteccia dei pazzi e se si potesse anche avere la prova dei cambiamenti nella forma e nella funzione, tutto ciò ci lascerebbe sempre al buio sui rapporti che passano tra simili alterazioni e le manifestazioni morbose psichiche; noi potremmo comprendere intimamente tutti i processi somatici che possono avvenire nel cervello, senza poter dire, sia pure un sol momento, che abbiamo avanti a noi, in quel tessuto, l'organo psichico. Da ciò che abbiamo fin qui detto risulta chiara la necessità di esaminare separatamente, oltre le modificazioni anatomiche corticali, anche le diverse *forme di manifestazioni psichiche.* In tal caso noi dobbiamo prendere in considerazione due serie di fatti, il fatto somatico ed il fatto psichico, i quali sono bensì intimamente collegati l'uno all'altro, ma non sono nella loro essenza confrontabili. Dai rapporti che passano tra queste due serie di fatti si svolge il quadro clinico morboso.

Dovremo quindi imparare a conoscere questi rapporti che dominano il decorso delle manifestazioni psichiche, e studiare con la mas-

sima accuratezza le leggi di dipendenza che esistono tra fatti fisici e psichici. Fortunatamente negli ultimi decenni, dal grembo della fisiologia si è andata sviluppando la psicologia, anche essa come scienza sperimentale; ed ha cominciato con grande successo a trattare il suo oggetto, seguendo la via delle scienze naturali. Non è impossibile sperare, come del resto hanno già dimostrato i lavori fino ad ora pubblicati, di poter giungere, con l'aiuto di questa giovine scienza ad una vera *fisiologia della psiche,* che sarà certo una base utile per la psichiatria; essa ci servirà a scomporre nei loro più semplici elementi le manifestazioni più complicate; ed in questa scomposizione della vita psichica normale troveremo gli elementi per poter giudicare e spiegare i diversi disturbi morbosi; di più, in adatti casi, potremo col metodo psicologico giungere ad esplorare più esattamente i diversi stati morbosi.

D'altra parte da una psicologia scientifica potremo attendere un prezioso aiuto per l'etiologia della pazzia. Presentemente possiamo analizzare con sufficiente esattezza quali siano gli effetti dei veleni sul decorso dei processi psichici. La esperienza che si acquista nell'individuo sano può farci ben comprendere le manifestazioni cliniche morbose, come del resto è già avvenuto per alcuni veleni. In tal modo potrà essere esaminata tutta una serie di altre influenze alle quali noi siamo ora abituati ad attribuire effetti sulla nostra vita psichica. Potremo seguire così fin dal loro inizio i cambiamenti dei nostri processi psichici dati dalla fame, dal sonno insufficiente, dalla fatica somatica e psichica; e dal confronto tra le manifestazioni che si producono nell'uomo sano, sottoposto a questi esperimenti, e l'infermo, potremo trarre le nostre conclusioni. Infine sarà anche possibile con l'aiuto dell'esperimento, fare l'analisi psicologica di ciascuna individualità, e potremo così darci ragione di quelle forme tanto svariate di predisposizione morbosa, che oggi si usano generalmente raccogliere sotto il nome di stati degenerativi.

Difficoltà quasi insuperabili appaiono ad ogni piè sospinto nello studio della psichiatria, perchè essa deve occuparsi delle manifestazioni più elevate della vita, e dei loro fondamenti fisici, ma d'altra parte il carattere dell'argomento è di tale importanza da superare di gran lunga il campo dovuto alla disciplina speciale. Non solamente il medico alienista ne approfitterà potendo più intimamente comprendere gli stati morbosi che ha sotto gli occhi, ma la scienza che tratta dei disturbi psichici presterà grande aiuto a tutte quelle scienze che si occupano in qualche modo della vita psichica dell'uomo. Così si

avranno gli scambievoli, intimi rapporti con la psicologia e con le branche che da questa dipendono; e cioè con la psicologia dei popoli, con la psicologia criminale, con la psicologia delle diverse età, delle razze, ed infine con la pedagogia, con l'etica, ecc.

I problemi *pratici* che la psichiatria deve spiegare sono di una importanza più immediata che non siano questi punti suddetti di carattere prettamente scientifico. Il primo suo compito deve essere la *profilassi* della pazzia; ed utili ammaestramenti si potranno avere solo studiandole cause della pazzia stessa. Facendo progressi nella etiologia potremo anche agire prevenendo la malattia. Quello che noi già sappiamo, sull'influenza dell'eredità, dell'alcool, della sifilide, benchè ancora sia deplorabilmente poco, darà già al medico una certa regola per la sua azione curativa.

Vero è che non sempre si può trarre un utile risultato dalla conoscenza delle cause, perchè spesso non le possiamo rimuovere, come accade ad esempio per la degenerazione ereditaria. In tali casi la pratica al letto del malato deve divenire la nostra maestra, tanto più che essa ci ha fatto fare in breve tempo un lunghissimo cammino. Dal tempo nel quale i medici cominciarono a prendere sotto cura i pazzi, da quando potettero cominciare a raccogliere osservazioni cliniche, da allora le sorti dei nostri infermi sono andate sempre migliorando. La trasformazione dei nostri asili, una delle creazioni più grandi della compassione umana, è intimamente legata ai progressi della psichiatria; tanto più chiara si formava la convinzione che i pazzi non fossero altro che infermi, e che i loro disturbi non fossero basati che su modificazioni fisiche, tanto più i manicomii si modificavano rassomigliandosi sempre più ai comuni ospedali, cosicchè oggi un asilo per malati mentali recenti, non differisce affatto da una corsia per malattie interne.

Esiste un punto che dà a tutte le malattie mentali un posto speciale fra le altre, e questo è il loro straordinario significato *sociale*. La pazzia è in ogni modo, la malattia più grave di qualunque altra; di più il malato di mente non è capace, in generale, di prender cura di sè stesso, non si può perciò farlo agire come egli vuole, ma ha bisogno invece di sorveglianza e cura per parte di altri. Così si spiega il fatto che l'alienista ha altri compiti da eseguire non conosciuti nelle altre branche della medicina. Il pazzo, in generale, non è condotto nella casa di salute di sua spontanea volontà, ma o per desiderio della famiglia o dell'autorità, ed è tenuto e curato nell'asilo, senza che vi entri per nulla la sua volontà, ed alle volte anche contro la sua volontà. Le difficili questioni giuridiche che ne risultano hanno sempre e profondamente

richiamata l'attenzione degli alienisti. Come insegna la pratica, vi sono dei casi molto frequenti, nei quali l'infermo può essere seriamente pericoloso per sè o per i suoi congiunti, e perciò ne viene la necessità d'intervenire prontamente nel periodo iniziale della pazzia, sia per il malato, che per la famiglia, ed anche perchè la speranza di una guarigione è relativamente grande, potendosi iniziare la cura in quel periodo. D'altra parte non sono pochi gli infermi che rimangono solo con grande ripugnanza negli asili, e che soffrono, senza dubbio, della perdita della loro libertà. È del resto ben difficile poter soddisfare ai desideri degli infermi, ed alle esigenze della sicurezza pubblica.

Per giudicare esattamente l'onere che ricade sulla cosa pubblica per la pazzia, è importante sapere che nell'anno 1898 (1) si trovavano nei manicomii dell'impero tedesco non meno di 74000 infermi. Cioè un malato mentale per ogni 688 abitanti. Secondo la pratica generale, il vero numero dei pazzi ammonta almeno al doppio, sicchè possiamo dire che nell'impero tedesco ve ne siano circa 150.000; se ammettendo ciò siamo giunti alla vera cifra, non sappiamo con sicurezza. In alcune regioni della Germania, i manicomii accolgono un malato per ogni 500 o 600 abitanti; nella Svizzera la proporzione è di un pazzo a 200 sani! Tale enorme numero di malati mentali che sono incapaci di guadagnarsi la vita, e che inoltre bene spesso hanno bisogno di una cura costosa ed esatta, pesa sul popolo e specialmente sui comuni che debbono in generale pagare per l'infermo indigente. L'organizzazione opportuna di questo complesso trattamento è, per la nostra scienza, un compito pratico ugualmente vasto ed importante. (2)

Quasi ancora più difficili e complicati sono i rapporti che passano tra i nostri infermi e la *giustizia*. La legge penale di ogni popolo evoluto considera come irresponsabili gli atti commessi da malati mentali; il codice civile nega al pazzo di poter contrarre impegni. Secondo queste disposizioni, si comprende facilmente come il giudizio dell'alienista assurga a grandissima importanza per l'avvenire dell'infermo. Meglio che in ogni altro caso, vale qui la sentenza che saprà più e meglio risolvere tali questioni colui che avrà maggior scienza. Ad ogni passo sorgono delle difficoltà che si possono vincere solo con la più perfetta padronanza di ogni dettaglio delle manifestazioni cliniche; e così si vede spesso lo scienziato scoprire degli ostacoli, là, dove l'inesperto

(1) Lähr, *Die Heil- und Pfleganstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes.* 1899.

(2) A. Giannelli. — *Studî sulla pazzia nel secolo XIX. — Confronti internazionali. — La pazzia a Roma e nel Lazio nel ventennio 1881-1900.* — 1905.

non vede nulla. In ogni modo darà migliore giudizio, colui che è migliore clinico.

Per nostra disgrazia la psichiatria è ancora ben lontana dalla soluzione completa dei problemi suddetti. Essa è una scienza giovine, sulla via di svilupparе, e con aspri combattimenti deve adagio adagio conquistarsi quel posto a cui ha diritto per il suo valore scientifico e pratico. E la vittoria le arriderà certamente, perchè combatte con le medesime armi che hanno servito tanto bene per le conquiste nelle altre branche della scienza medica: l'osservazione clinica, il microscopio e l'esperimento. (1)

---

(1) H. EMMINGHAUS, *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen* 1878.

MAUDSLEY, *The pathology of mind.* 1895.

STÖRRING, *Vorlesungen über Psychopathologie.* 1900.

Particolareggiate esposizioni di Psichiatria generale si ritrovano nella maggior parte dei trattati ricordati nella seconda parte di questo libro.

I.

Le cause della pazzia (1)

La storia dell'insorgere di una malattia mentale è quasi sempre molto complessa. Solo di rado esistono rapporti semplici e chiari tra cause rilevabili ed effetti corrispondenti; quasi sempre dobbiamo annoverare tutta una serie di differenti possibilità, il significato speciale delle quali, nei singoli casi, si può solo approssimativamente apprezzare.

Nello sviluppo della pazzia dunque si conoscono solo casi eccezionali nei quali, con inalterabile coerenza, a determinate cause succedono determinate forme morbose; al contrario attribuiamo ad eguali azioni esterne l'insorgere di diversissime forme morbose psichiche; mentre, d'altra parte, vediamo derivare uguali malattie mentali da diversissime cause. Questa contraddizione con le leggi fondamentali delle scienze naturali, che si riscontra del resto in tutte le scienze sperimentali non ancora bene sviluppate, riposa in primo luogo sul fatto, che forse nel nostro campo dobbiamo tenere divisi più che in ogni altro, i due grandi gruppi, delle cause *esterne* ed *interne*.

Il nostro cervello è un organo a sviluppo ricco e complesso, e quindi la sua organizzazione è infinitamente varia nelle diverse persone, ed è per questo che dobbiamo dare un significato grandissimo, per lo insorgere delle malattie mentali, alle caratteristiche di ciascun individuo. Il medesimo fattore, agendo su diverse persone, determinerà necessariamente differenti manifestazioni morbose. Mentre in un soggetto una determinata causa non produce alcuna azione per la resistenza intima di un dato individuo, in un altro caso essa può produrre una scossa violenta ma breve nell'equilibrio psichico, e in un terzo può forse risvegliare una predisposizione morbosa latente che produrrà poi una lunga malattia mentale. Su ogni caso varrà la massima: che le cause

---

(1) Toulouse, *Les causes de la folie, prophylaxie et assistance.* 1896.

interne ed esterne sono fra loro in rapporto inverso. Tanto meno un individuo è predisposto alla pazzia, tanto maggiore deve essere l'agente nocivo esterno che induce lo stato morboso; e viceversa, esistono individui che divengono pazzi solamente sotto l'influenza dei piccoli eccitamenti della vita quotidiana, perchè la loro forza di resistenza è troppo piccola per poterli sopportare senza profondi disturbi.

Per di più noi siamo oggi in grado di prendere in considerazione solo gli effetti e le cause *grossolane* e non le *vere*. Se, ad esempio, la causa vera di un determinato disturbo mentale risiedesse in un cambiamento nella composizione chimica del sangue, allora delle cause molto differenti, quali il cancro, le frequenti emorragie, la malaria cronica, le malattie degli organi ematopoietici, ecc., potrebbero determinare nella composizione del sangue un cambiamento che avesse appunto l'effetto suddetto. Di maggiore importanza è forse il fatto che molti disturbi psichici, che nelle manifestazioni esterne sembrano diversi, sono legati invece tra loro in stretta parentela, e non sono altro che gradi diversi di sviluppo o di gravità dello stesso processo morboso. Così si crederà dapprincipio che il macro ed il microdelirio del paralitico siano manifestazioni di due malattie completamente opposte, finchè si scopre che non sono altro che due manifestazioni di una stessa malattia fondamentale, e che possono o trasformarsi l'una nell'altra o riunirsi. Ciò dimostra come non sia possibile costruire una adatta teoria intorno alle cause morbose, se prima non si abbia una esatta conoscenza delle forme cliniche. Finchè noi non saremo capaci nelle osservazioni cliniche di riunire tutto ciò che è simile, e separare tutto quel che è dissimile, anche le nostre idee sulla etiologia delle malattie mentali saranno necessariamente poco chiare e contraddittorie.

Però comincia a formarsi pian piano la convinzione che esistano due grandi gruppi di malattie mentali in relazione con la prevalenza delle cause interne od esterne; questi gruppi sono stati distinti dal Möbius in *esogeni* ed *endogeni*. Il primo presenta un andamento più armonico, a carattere più determinato, con una certa uniformità nello sviluppo complessivo; il secondo gruppo invece presenta mutamenti per gravità e natura delle manifestazioni morbose, con un decorso oscillante ed irregolare o con un decorso continuo per tutta la vita dei fenomeni morbosi. È evidente come non possa farsi una netta suddivisione in questo campo, ed è invece più naturale pensare che esista ogni possibile combinazione tra cause interne ed esterne. L'azione di un uguale stimolo esterno può essere molto differente a seconda del diverso stato interno, che, d'altra parte, noi non possiamo intimamente conoscere. In

tal modo si hanno in pratica le più svariate relazioni tra grossolane cause esterne e forme cliniche mentali, e riesce quindi molto difficile scoprire le positive leggi fondamentali di relazione. Intanto però, si è trovato un aiuto nei quadri morbosi istessi. Di un gran numero di forme cliniche sappiamo per moltissime osservazioni che esse debbono la loro origine o a cause interne od a cause esterne, e quindi possiamo non raramente, con grandissima probabilità, determinare dal carattere dei segni morbosi, la natura esogena od endogena nei singoli casi, anche quando tutte le apparenze tentino dapprincipio di fuorviarci.

A. *Cause esterne.*

Per maggior chiarezza si usa dividere la grande classe delle cause esterne della follia in due gruppi: cause *somatiche* e cause *psichiche*. Le prime si connettono direttamente con i mutamenti fisici del nostro organo psichico, le altre agiscono per intromissione dei processi psichici, per produzione di rappresentazioni o per emozioni. Non esiste naturalmente una differenza fondamentale tra i due gruppi, perchè secondo le nozioni esistenti, ad ogni cambiamento nel campo psichico corrisponde un disturbo nel campo somatico.

1. **Cause somatiche.**

Malattie cerebrali (1). — Poichè il fondamento ultimo di tutte le forme di malattie mentali deve essere ricercato con grande probabilità in processi o stati morbosi della corteccia cerebrale, così noi dovremo attribuire a tutte le vere cause, la proprietà comune di produrre alterazioni della corteccia. La prova anatomica di tale affermazione è stata messa in evidenza in un gran numero di malattie mentali, sebbene sia ancora rimasto un po' oscuro il significato del reperto, e più specialmente la sua vera relazione con le manifestazioni cliniche. Le modificazioni delle cellule della corteccia cerebrale sembrano essere specialmente molto frequenti, tanto che non è affatto facile riscontrare una cellula normale. In ogni caso gravi lesioni fisiche possono produrre

(1) Nothnagel, *Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.* 1879; — Wernicke, *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.* 1881; — Gowers, *Vorlesungen über die Diagnostik der Gehirnkrankheiten*, tradotto in tedesco da Mommsen. 1886; — Henschen, *Klinische und anatomische, Beiträge zur Pathologie des Gehirns,* 1892; — v. Monakow, *Gehirnpathologie,* 1897; — Oppenheim, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten,* 3.° Aufl. 1902.

modificazioni cellulari, senza che ciò sia accompagnato da notevoli disturbi psichici. Hoch ha trovato nella corteccia di individui sani di mente, i segni di disturbi insorti in modo acuto poco prima della morte, che possono essere considerati come manifestazioni della alterazione della coscienza che accompagna il periodo agonico. Il risultato di queste ricerche diminuisce quindi considerevolmente l'utilità che si può ricavare dalle ricerche sulle modificazioni cellulari. D'altra parte è molto dubbio se in vasti gruppi di malattie mentali, possano essere messi in luce, o con i moderni mezzi di ricerca, o con i futuri, i cambiamenti che pure debbono essere la base del disturbo. Non è necessario dire che le modificazioni osservate non sono sempre le vere cause dei fenomeni clinici.

Nelle malattie cerebrali nel senso più ristretto della parola, si avranno pronunziati disturbi psichici, quando la lesione risiede nella corteccia, oppure quando questa viene in qualche modo colpita o per l'aumento della pressione endocranica, o per disturbi circolatorii, o per effetto di veleni, ecc. Però si dà il caso che, anche rilevanti modificazioni corticali, purchè circoscritte od a sviluppo lento, non influiscono, almeno in apparenza, sulle funzioni psichiche. Per potere spiegare tali fatti, bisogna forse ricorrere alla ipotesi che la corteccia sana possa supplire quella inferma; di più bisogna tener presente che è molto difficile con i nostri incompleti mezzi di indagine, constatare e determinare esattamente una leggera diminuzione della capacità psichica Il disturbo del circolo cerebrale, con il quale Meynert cercò spiegare i diversi stati morbosi mentali, è stato considerato nei tempi decorsi come la più importante relazione tra le alterazioni funzionali e le malattie della corteccia cerebrale. Sebbene tale ipotesi oggi non sia più sostenibile, non si può tuttavia escludere che modificazioni nella circolazione del sangue non esercitino una grave influenza sulla vita psichica, specialmente quando queste modificazioni si producono rapidamente. Alle malattie vasali, che riscontriamo in un gran numero di quadri morbosi psichici, si attribuisce specialmente l'origine delle gravi alterazioni circolatorie, le quali alla lor volta produrrebbero disturbi nutritivi del cervello; però dobbiamo dire che ancora non si hanno idee chiare sull'intimo processo di simili modificazioni.

Osserviamo aumento dell'afflusso sanguigno al cervello nella febbre, nei colpi di calore alla testa, in alcune emozioni, nell'ipertrofia del ventricolo sinistro, e per l'azione di quei veleni che producono un aumento del lavoro cardiaco, ovvero dilatazione dei vasi cerebrali. Infine dobbiamo ricordare che in tutti i processi infiammatorii i quali colpi-

scono la corteccia cerebrale, esiste una iperemia locale a volte grave. La diminuzione dell'afflusso di sangue al cervello viene compiuta il più rapidamente, comprimendo le arterie del collo come forse avviene in quegli individui che s'impiccano. Però in questi, bisogna riconoscere che viene impedito anche il deflusso sanguigno per la costrizione delle vene del collo. L'anemia cerebrale viene inoltre prodotta specialmente da forti perdite sanguigne, da debolezza cardiaca, ed, in modo passeggero, da quelle emozioni (spavento), che producono contrazioni spasmodiche dei vasi cerebrali. Effetti simili possono essere prodotti da veleni, e, con grande probabilità, anche le conseguenze istantanee della commozione cerebrale sono dovute, in parte, a spasmo vasale. Una diminuzione od una cessazione locale dell'afflusso sanguigno, può essere prodotta da una parziale o totale occlusione dei vasi cerebrali, ed inoltre dalla pressione che esercitano i tumori sui vasi cerebrali. Se i tumori aumentano di volume, allora l'effetto che dapprima era localizzato, si generalizza, perchè per il rimpiccolimento dello spazio cranico, aumenta la pressione del liquido cefalo-rachidiano su tutto il sistema nervoso centrale.

Sappiamo dalle esperienze di Grasheys (1) che ogni aumento della pressione endocranica al di sopra di un certo limite variante in ciascun individuo, produce molto rapidamente compressione delle vene cerebrali; da ciò elevazione della pressione vasale con rallentamento notevole della circolazione, e quindi stati susseguenti (stasi, edema). La maggiore o minore facilità con la quale nei singoli casi si produce un simile aumento di pressione, dipende specialmente dallo sviluppo delle vie di deflusso del liquido cefalo-rachidiano. Quando questo, anche con aumento del contenuto cranico, è capace di sfuggire rapidamente in ogni direzione, la pressione endocranica resta immutata, e la circolazione sanguigna non è disturbata. Quando è manchevole questo meccanismo di livellamento, allora basta un mediocre aumento del contenuto cranico per produrre la comparsa di gravi disturbi nutritivi. Per tutto ciò merita speciale considerazione il fatto determinato da Thoma che cioè di tutti i vasi del corpo, il più esposto all'arteriosclerosi è il campo della carotide interna. Quando l'aumento del contenuto cranico avviene lentamente. sicchè le vie di deflusso possono conformarsi

---

(1) *Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutcirkulation in der Schädel-Rückgratshöhle.* 1892; — Kocher, *Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten;* — Nothnagels, *Handbuch* IX, 3, 2, 1902.

fino ad un certo grado alle aumentate esigenze, il caso è molto più favorevole. Allora, per lungo tempo, non si produce alcuna azione paralizzante sulla corteccia cerebrale, però ogni rapido aumento del contenuto cranico induce immancabilmente l'asfissia della corteccia.

Di grado minore di quel che non avvenga sotto l'influenza dello sviluppo di tumori o di gravi emoraggie, si producono stasi sanguigne endocraniche quando si stabilisce una sproporzione tra la pressione sanguigna e la pressione endocranica. Tutti gli stati di alterazioni permanenti del circolo, che si riscontrano negli operai che lavorano vicino al fuoco, o negli stati di agitazione motrice o in coloro che abusano di alcool, possono produrre stasi celebrale; e tale stasi può essere prodotta anche dalla diminuzione delle forze cardiache.

Le conseguenze ultime dei disturbi del circolo cerebrale, sono sempre e soltanto a carico del tessuto nervoso; sono quindi effetti chimici. Per tali ragioni il decorso delle diverse malattie cerebrali dipende non solo dalla quantità, ma anche e forse più, dalla qualità del sangue circolante. Quest'ultima varia assai rapidamente in ogni caso di ostacolo al circolo sanguigno perchè il sangue si carica di prodotti di decomposizione, i quali in altre condizioni, sarebbero presto resi innocui in altri organi. In questi ultimi decenni si è data a queste e ad altre intossicazioni ematiche una importanza sempre crescente per la genesi dei fenomeni morbosi. Nella febbre, nei processi infiammatorii, nelle irritazioni localizzate a focolaio, pensiamo anche, innanzi tutto, all'influenza irritativa e decomponente dei veleni circolanti col sangue o formati nella sede della lesione.

Oltre all'influenza della circolazione e del ricambio materiale debbono essere prese spesso in notevole considerazione le distruzioni dovute a causa meccanica. Ciò vale specialmente per le lesioni cerebrali prodotte da traumi al capo, nei quali si possono riscontrare lacerazioni non solo nei punti immediatamente colpiti, ma anche, per contraccolpo, nel punto opposto al trauma; ugualmente avviene anche per perdite sanguigne, ed anche per tumori che aumentano considerevolmente e rapidamente la pressione sanguigna inducendo così svariatissimi fatti morbosi.

In fine dobbiamo ricordare che nelle diverse malattie cerebrali, non solo si hanno alterazioni dirette nella struttura cerebrale, ma anche azioni mediate sui processi psichici. Dobbiamo ricordare che disturbi, prodotti dalle malattie cerebrali, possono indurre varii stati e motivi, che a loro volta producono tutto un quadro di manifestazioni morbose psichiche. Nè è da meravigliarsi se questi segni morbosi mediati sono alla dipendenza delle manifestazioni della malattia cerebrale, e se ap-

paiono, secondo le circostanze, come sintomi concominanti della malattia fondamentale. Osservando accuratamente, si riscontra con grande frequenza una connessione tra le manifestazioni morbose psicogene così dette « isteriche » e gravi alterazioni cerebrali. Möbius ha interpretato come fatti isterici alcuni stati convulsivi e crepuscolari, che si hanno in individui che si appiccarono e che si potettero ricondurre in vita; (1) mentre altri osservatori hanno creduto tali stati, al pari che l'amnesia retrograda che si riscontra ugualmente in quegli individui, come dovuti alla soffocazione.

Oltre tutti questi disturbi mediati, i quadri morbosi psichici dipendenti da alterazioni cerebrali grossolane sogliono comporsi di varie manifestazioni di eccitamento e di depressione nei singoli campi della vita psichica. Tra i sintomi di eccitamento, che in generale si presentano nelle forme morbose e leggere, sono da ricordare le allucinazioni semplici o complesse, l'insonnia, la fuga delle idee, i delirii, l'umore depresso o gaio, l'inquietudine, e l'agitazione motoria più o meno grave. Una rapida e profonda incoscienza è all'incontro l'espressione di uno stato *paralitico* generale improvviso della corteccia cerebrale. Negli stati ancora più leggeri si ha dapprima una aumentata difficoltà nella percezione e nell'elaborazione delle impressioni esterne, amnesia, indebolimento della memoria, povertà di pensiero, rallentamento nel corso delle rappresentazioni, incapacità di giudizio, grande facilità nello stancarsi; in casi più gravi si ha subitamente sonnolenza, stato sognante, vaneggiamento, demenza: inoltre appare torpore affettivo, umore fastidioso, facilità al pianto od umore infantilmente gaio, facilità nel determinarsi od ostinazione, ed infine la facoltà volitiva si spegne completamenti.

In generale la paralisi cerebrale è preceduta da uno stato di irritazione, perciò riscontreremo nelle manifestazioni cliniche delle lesioni della corteccia cerebrale, la riunione delle più svariate manifestazioni psichiche di paralisi o di eccitamento. I quadri morbosi poi che si sviluppano possono divenire ancor più complicati, perchè la diminuzione o la perdita delle funzioni psichiche più elevate, possono produrre disturbi di specie del tutto diverse. Se noi riconosciamo come nucleo psichico della personalità una certa somma di nozioni, abitudini di pensiero, tendenze sentimentali, desiderii che sono determinati dalla predisposizione o dall'esperienza, è chiaro allora che questo nucleo produca l'unione e la stabilità della personalità psichica. Quando

(1) Wagner, *Jahrbücher für Psychiatrie*, VIII, 313; — Möbius, *Neurologische Beiträge* I, 55; — Lührmann, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LII, 185; — Wollenberg, *Archiv. f. Psychiatrie*, XXXI 241.

però tale nucleo psichico va disgregandosi per processi morbosi in atto, la vita psichica viene con maggiore facilità influenzata da stimoli esterni e casuali. Tra i caratteri delle malattie cerebrali troviamo quindi frequentemente, specialmente all'inizio del loro sviluppo, una diminuita resistenza psichica, la quale si esplica con una grande esauribilità, con forte deviabilità dell'attenzione, con distrazione, con irritabilità psichica e con instabilità volitiva. A tutto ciò va usualmente unita una maggiore intollerabilità all'alcool. I suddetti disturbi possono naturalmente essere uniti nel modo più vario alle manifestazioni di paralisi e di eccitamento psichico. Finalmente appartengono a tutti questi quadri morbosi anche i disturbi somatici caratteristici, dovuti alla sede speciale della malattia, disturbi che insieme con le diverse forme di afasia dobbiamo qui rinunziare a descrivere.

Le alterazioni cerebrali grossolane non hanno generalmente grande interesse per la psichiatria clinica. Noi riscontriamo quasi esclusivamente alterazioni meningitiche ed encefalitiche negli stati di idiozia ed imbecillità, che si manifestano tanto frequentemente nei bambini. Solo occasionalmente giungono al manicomio con diagnosi sbagliate, infermi affetti da tumore cerebrale, considerati invece come paralitici od epilettici. Invece molto spesso l'alienista si deve occupare di stati morbosi psichici che insorgono in seguito a traumi del capo. (1) Mentre in generale subito dopo tali lesioni si presentano stati di offuscamento della coscienza con caratteri deliranti simili agli stati sognanti, in seguito si sviluppano prevalentemente forme morbose, la caratteristica fondamentale delle quali è una diminuità capacità di resistenza psichica. A ciò si uniscono spesso diversi disturbi psicogeni, ed a volte riesce ben difficile distinguere ciò che appartiene a questi, e ciò che è di pertinenza della lesione celebrale. Un altro gruppo clinico è dato dagli stati di indebolimento psichico susseguente all'apoplessia, che generalmente recano l'impronta di una semplice paralisi psichica e perciò più raramente cadono sotto l'osservazione dell'alienista. Similmente può dirsi avvenga per la sclerosi multipla. Più chiari sono i disturbi in alcune forme di demenza, dovute ad estese malattie della corteccia cerebrale, ed in special modo nelle alterazioni vasali arteriosclerotiche e sifilitiche, ed in alcune malattie diffuse del sistema nervoso a carattere famigliare. Queste ultime formano, sia dal punto di vista anatomo-patologico, sia da quello clinico, il tratto di

(1) Werner, *Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin*, XXIII. Suppl. 1902.

unione con quelle forme morbose cerebrali, che noi senz'altro ascriviamo al dominio delle alterazioni psichiche.

L'esempio splendido dato dalla patologia cerebrale e specialmente dalla dottrina delle afasie, deve far pensare all'alienista che forse la sede dei processi psichici sia in *determinati punii* del cervello e specialmente della corteccia. Da ciò che si è detto sorge la domanda se si possa presentemente, solo da determinate manifestazioni psichiche, trarre deduzioni sulla sede dei disturbi nutritivi della corteccia, che a loro volta ne sono la causa. La possibilità di una simile limitazione allo stato attuale della dottrina delle localizzazioni, (1) non può esser dubbia; ed esistono osservazioni cliniche e sperimentali, sebbene in numero esiguo, che sembra lascino intravvedere tale limitazione, anche se noi facciamo astrazione dai disturbi della pura percezione sensoriale e dai disturbi motori. Così noi ci sentiamo autorizzati a trasportare il prodotto delle nostre esperienze intorno alla sordità verbale, alle asimbolie, alle parafasie ed alle parapraxie, nei malati di mente, per alterazioni simili consistenti nell'incapacità di percezione negli stati di grave disordine psichico, nella demenza senile, nelle forme dovute a lesione del capo, nella confusione verbale dei catatonici, ed in alcuni disturbi nella condotta dei paralitici. Noi possiamo pensare con ragione che la sede delle modificazioni, in tali forme morbose, sia in punti determinati della corteccia cerebrale; sicchè possiamo ritenere che disturbi simili nei malati mentali siano in relazione con processi morbosi locali. Presentemente però non conosciamo ancora abbastanza bene le diverse alterazioni corticali, nè comprendiamo abbastanza intimamente le diverse manifestazioni cliniche, sicchè non possiamo fare che una supposizione d'ordine generale quella cioè di una stretta relazione tra certe forme morbose psichiche ed alterazioni in sedi conosciute della corteccia. Lo stesso può dirsi per i casi riferiti da Charcot e Willbrand, nei quali si riscontrò perdita dei ricordi visivi. Questi due autori in seguito ad esperimenti sugli animali, affermarono che la causa dei disturbi visivi debba ricercarsi nella corteccia della regione occipitale. Goltz ha fatto nei cani una importante osservazione, che cioè l'ablazione della corteccia dei lobi anteriori determina, oltre a diversi disturbi, grande eccitabilità ed irrequietezza irragionevole; mentre l'ablazione dei lobi occipitali produce stati di inerzia

(1) Luciani *u.* Seppilli, *Die Funktionslokalisation auf der Grosshirnrinde, deutsch* v. Fränkel 1886; — v. Monakow, *Über den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Lokalisation in Grosshirn, Ergebnisse der Physiologie, I,* 533, 1902.

e di ottundimento anche in quegli animali che avevano mostrato una indole cattiva. Tali conclusioni possono essere messe in rapporto con le manifestazioni cliniche conosciute di alcune forme della demenza agitata od apatica.

Sfortunatamente ci sono poche osservazioni riguardanti disturbi psichici per lesioni circoscritte della corteccia. Solo si può dire con sicurezza che i tumori del corpo calloso sono generalmente accompagnati da gravi disturbi delle facoltà psichiche. Tale fatto può essere messo in relazione o con la distruzione di numerose vie interemisferiche, o con una lesione simultanea di estesi campi corticali bilaterali. Si discute molto sull'ufficio che si assegna al cervello frontale nei più elevati fenomeni della vita psichica. Pensando che lo sviluppo di esso è molto grande nell'uomo, esso dovrebbe avere una grande importanza; d'altra parte non si riesce a spiegare il suo grande sviluppo, perchè, apparentemente, non ha alcuna funzione. Nè meno sicura sembra essere l'asserzione che la distruzione dei lobi frontali produca disturbi psichici gravi. Naturalmente è molto difficile provare una tale affermazione, perchè non sono adoperabili che lesioni circoscritte senza azioni a distanza in individui che prima erano completamenti sani. A ciò si aggiunge l'affermazione di Bruns che i tumori dei lobi frontali possono aumentare considerevolmente di volume senza produrre la morte, e che solo per il loro aumento causano a volte gravi manifestazioni di deficienza psichica. Oppenheim parla di un segno speciale, « la manìa del motteggio » (1). (Witzelsucht) che si riscontra spesso nei tumori dei lobi frontali, e che una volta scomparve in seguito all'operazione. Però non è ancora dimostrato che possa farsi con sicurezza diagnosi di lesione dei lobi frontali solo per la presenza della mania del motteggio. In ogni modo noi ritroviamo in diverse malattie, disturbi dovuti all'estensione del processo a varie regioni della corteccia, come avviene nella demenza senile, nell'arterite sifilitica e nella catatonia. Ciò però non è una controprova di quel che si è detto.

Fino ad ora non sono numerose le osservazioni che riescono a mettere in relazione lesioni di determinate regioni cerebrali con i diversi disturbi psichici, ma esiste però una intera serie di fatti, che ci permette di riportare con probabilità a circoscritte regioni cerebrali

---

(1) Bruns, *Die Geschwülste des Nervensystems.* 1897; — Oppenheim, *Die Geschwülste des Gehirns, 2. Auflage.* 1902; — Schuster, *Psychische Störungen bei Hirntumoren.* 1902.

determinati processi psichici. A favore di tale ipotesi parla innanzi tutto la *straordinaria differenza* che esiste fra le *cellule nervose,* le quali debbono essere considerate quale parte essenziale della nostra vita psichica. Dalle ricerche di Nissl sappiamo che la struttura cellulare non è sempre uguale, ed è uguale solo in quelle regioni che hanno funzione uguale. In altre parole può dirsi che la differenza strutturale è in relazione con una differenza di funzione, tesi questa che appare naturale per tutte le altre cellule dell'organismo, ma che si ammette difficilmente nel campo del sistema nervoso. Infatti se consideriamo le differenze notevoli di grandezza, di contorno, di struttura interna delle cellule nervose, è quasi impossibile vedervi altro che la manifestazione di una varia destinazione. E tanto più si crede ciò, quanto più si osserva la *disposizione cellulare nella corteccia.* Infatti quasi ovunque si trovano agglomeramenti di elementi uguali piccoli o grandi, a gruppi od a strati, e solo raramente vediamo insieme cellule a struttura diversa. Negli animali, la struttura come la disposizione delle cellule della corteccia, offre la più grande varietà. Mentre alcune forme di cellule nervose, come le grandi cellule dei centri motori, si ritrovano già nei vertebrati più bassi, sebbene non nella corteccia, le piccole cellule del secondo strato si riscontrano solo nella scimmia e principalmente nell'uomo nel quale formano uno strato spesso che manca completamente nel coniglio. Anche le grandi cellule piramidali hanno nell'uomo una struttura caratteristica: sono in media più piccole che le cellule corrispondenti del coniglio. Non vi ha dubbio che queste differenze ancora quasi del tutto sconosciute, debbano essere in relazione con il diverso sviluppo della vita pischica.

Nissl (1) ha dimostrato pure che alcune forme cellulari *si modificano* in modo diverso sotto l'azione dei veleni. Mentre ad esempio l'alcool danneggia gravemente la maggior parte degli elementi cellulari della corteccia, lascia quasi completamente intatte le grandi cellule del corno di Ammone; anche il piombo distrugge la maggior parte delle cellule della corteccia, ma modifica solo in grado leggero le cellule dei gangli spinali. Anche nell'uomo può dimostrarsi che alcune malattie generali (infezioni, febbre), producono alterazioni morbosi nei diversi elementi della corteccia, in grado differente. Tutte queste osservazioni accennano ugualmente, come esista un profondo significato nella diversità di struttura delle cellule nervose, e tale significato può risiedere solo nella loro diversa funzione. Quindi è che la dottrina delle localizzazioni

(1) Nissl, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV,* 1.

dei processi psichici, deve occuparsi innanzi tutto delle differenze nella posizione delle cellule della corteccia cerebrale. (1)

Come l'esame fatto sotto questo punto di vista insegna, la corteccia cerebrale è composta di innumerevoli parti distinte, che sono divise l'una dall'altra dalla struttura delle loro cellule nervose. Si rileva dunque che la struttura della corteccia cerebrale, al contrario di ciò che avviene per la struttura epatica, è tutt'altro, che uniforme; essa contiene invece molti organi posti uno vicino all' altro od uno sopra all'altro, e che sono di estensione e struttura molto varia. Vero è che fino ad ora sappiamo molto poco sul numero, sulla natura, e sulla posizione reciproca di questi organi all'insieme dei quali noi diamo il nome di corteccia cerebrale. Specialmente noi siamo completamente incapaci di giudicare quale sia la diversità riguardo alla posizione ed alla struttura delle parti del tessuto cerebrale intracellulare. Solo la divisione grossolana della corteccia in strati posti l'un sopra l'altro, e le differenze ben visibili di posizione di tali strati sono da lungo tempo conosciute. Da questi fatti si può già affermare con sicurezza che il taglio trasverso della corteccia non rappresenta una unità, ma contiene invece tutta una serie di organi che forse hanno funzioni molto diverse. La cosa che più colpisce è la *struttura stratiforme* della corteccia cerebrale; ella fa vedere l'un sotto l'altro elementi svariatissimi sotto ogni rapporto.

La storia degli studi sulle localizzazioni insegna che mai è stata utilizzata questa sicura differenziazione per la limitazione dei vari apparecchi cerebrali. Tale errore, che era spiegabile al tempo di Gall, è stato ripetuto sempre fino ad oggi. In quasi tutte le esperienze fatte per determinare le diverse localizzazioni, la corteccia è stata ritenuta come una unità, e la divisione si è fatta solo in superficie, dividendo la corteccia in diverse regioni quasi come una carta geografica. Da ciò è dipeso se ad estese sezioni della corteccia frontale non fu assegnata altra destinazione, se non quella di presiedere al dominio volontario dei muscoli del tronco. Anche oggi si suole considerare come regione motrice tutta la zona della circonvoluzione centrale anteriore, quantunque le funzioni motrici riguardino verosimilmente solo le piccole cellule motrici sparse nel 4.° e 5.° strato, ed all'incontro tutti gli altri elementi della corteccia che sono molto più numerosi non hanno tale funzione.

Möbius (2) seguendo con altri criteri le idee di Gall, ha cercato

---

(1) Nissl, *Archiv.f. Psychiatrie, XXIX,* 1025; — Schlapp, *ebenda, XXXII,* 1037.

(2) Möbius, *Über die Anlage zur Mathematik.* 1900.

di dimostrare come una determinata facoltà psichica, « la disposizione per la matematica » fosse legata ad un territorio cerebrale circoscritto che si troverebbe nella porzione anteriore della prima e seconda circonvoluzione frontale di sinistra. Egli ha proceduto in modo simile a GALL, e del resto non è possibile agire altrimenti, e si è basato essenzialmente sul fatto che in matematici molto illustri si riscontrava nella scatola cranica nella regione suddetta una marcata bozza. Naturalmente non potevano mancare a questa restaurazione della vecchia craniologia, tutte le obbiezioni già fatte a GALL. A me sembra che la nostra incertezza sulla dottrina delle localizzazioni anche lì dove esistono tanti e così fedeli mezzi di aiuto per la sua soluzione, non possa incoraggiare nessuno a riprendere le esperienze illusorie di GALL.

Anche la divisione più recente della corteccia cerebrale proposta da FLECHSIG (1) in centri di proiezione e centri di associazione, non si fonda sulla divisione dei diversi strati corticali, ma solo sopra differenze locali della corteccia non ancora ben conosciute. La teoria di FLECHSIG si appoggia sopra tutto sull'osservazione che il rivestimento mielinico dei cilindrassi in diverse regioni della corona raggiata e della corteccia, avviene in tempi molto diversi. FLECHSIG suppone che tali variazioni siano in intima relazione con la funzione delle fibre; egli dice che i fasci di fibre di uguale funzione si mielinizzano nello stesso tempo, e viceversa. Di più ammette che solo determinate regioni della corteccia cerebrale presentano fasci di proiezione, mentre in altre regioni si trovano quasi esclusivamente vie di associazione; perciò egli conclude ammettendo l'esistenza nella corteccia cerebrale di centri di proiezione e di centri di associazione. Compito dei primi sarebbe quello di porsi in relazione con il mondo esterno, i secondi servirebbero alle funzioni più elevate della psiche. Molti ed autorevoli esperimentatori si schierarono contro tali conclusioni, e tra questi HITZIG, SACHS, v. MONAKOVV, DÉJÉRINE, NISSL, VOGT, SIEMERLING, ed altri. Tutti questi autori hanno messo in evidenza che non è in alcun modo dimostrato il rapporto tra mielinizzazione e funzione, ed hanno soggiunto che l'espansione della corona raggiata nella corteccia non lascia riconoscere le differenze delle quali parla FLECHSIG. È perciò che la divisione voluta da questo autore della corteccia in 9 campi, poi in 40, non è seguita. Infatti la struttura ovunque apparentemente uniforme dello strato delle piccole cellule, fa supporre che si abbia a che fare con un organo univoco che si estende su

(1) FLECHSIG, *Gehrin und Seele*, 2 *Aufl.* 1896; *Neurolog. Centralblatt, XVII*. 977; *XIX*, 828.

quasi tutta la superficie corticale, e dal punto di vista anatomico non è possibile dividerlo in modo che rassomigli ad una carta geografica. Le differenze locali sono più pronunziate solo negli strati più profondi. Ma lo strato più importante per la vita psichica più elevata, è probabilmente appunto lo strato delle piccole cellule, poichè esso raggiunge solo nell'uomo uno sviluppo così grande e caratteristico.

La dottrina sulle localizzazioni di Werniche è l'unica che renda giustizia alla struttura stratiforme della corteccia cerebrale. Egli crede che nel cervello abbia luogo una specie di deposito a strati delle immagini, simile alle formazioni di sedimenti nei più recenti strati del terreno. Suppone che negli strati cellulari, l'un dopo l'altro e dall'indentro all'infuori, abbiano la loro sede « la coscienza somatica, » « la coscienza del mondo esterno » e « la coscienza della personalità. » Oltre alla difficoltà di immaginare questo deposito stratiforme, riesce anche difficile comprendere la ragione per la quale i detti tre gruppi di immagini dovrebbero essere legati a cellule nervose così diverse tra loro, mentre che le regioni costitutive di ognuna di queste specie di coscienza, contengono parti fondamentali che sono fra loro assai differenti. Quindi la supposta divisione in tre parti è psicologicamente insostenibile. Questo è fino ad ora il punto debole di tutta la teoria della localizzazione. Tutti gli studii che si spingono oltre le semplici sensazioni e movimenti, debbono necessariamente fallire avanti alle imperfezioni delle nostre conoscenze psicologiche. Anche i più ordinari processi psichici si dimostrano ad una accurata osservazione così straordinariamente complicati, che si comprende bene perchè l'organo della nostra vita psichica abbia una struttura così disperantemente inestricabile. Se pure conoscessimo bene tutti gli organi che compongono la corteccia cerebrale, non potremmo sapere ancora che cosa è una « funzione psichica, » che noi dobbiamo però credere dovuta alla caratteristica cooperazione cellulare. Se noi fossimo in grado di decomporre nei loro più semplici elementi, non solo i principii somatici della vita psichica, ma anche gli stessi processi psichici, potremmo sperare di trovare tra questi due ordini di fatti una relazione; fino allora ogni tentativo di localizzazione dei diversi processi psichici nella corteccia cerebrale non ha altro valore che di fantasie più o meno dimostrabili e nell'istesso tempo inconfutabili.

Le nuove esperienze di Ewald sul senso muscolare, sono una chiara prova che ci dimostra la necessità di associare l'analisi psicologica alla osservazione anatomica. Si sapeva già da parecchio tempo che la diminuzione di movimento che succede alla lesione di centri mo-

tori sparisce dopo breve tempo, e si ammise che ciò avvenisse per l'azione vicariante di altri gruppi di cellule. Ma Ewald ha dimostrato che in tal caso la funzione delle parti distrutte non è assunta come tale da altre parti; egli afferma invece che i movimenti posseggono tre mezzi di aiuto completamente indipendenti l'uno dall'altro e che sono il senso labirintico, la sensibilità articolare e l'occhio. Tale compito unico viene conseguito per tre vie diverse e con apparecchi essenzialmente differenti. Ciascuno di essi può sostituire l'altro per giungere allo stesso fine, ma quella determinata capacità una volta distrutta, è perduta irrimediabilmente. Secondo queste esperienze si dovrebbe ammettere una esatta, locale limitazione delle capacità cerebrali, mentre prima la guarigione rapida dei fatti motorii, fu considerata come una prova importante per ammettere la «indifferenza funzionale» delle diverse regioni della corteccia cerebrale.

Dalla disposizione a strati e dalla estensione in superficie degli organi particolari della corteccia, dipende il fatto che, nè la distruzione patologica, nè quella artificiale, può darci una sicura spiegazione sulle relazioni che passano tra struttura anatomica e funzione psichica. Sembra escluso quasi completamente che un processo morboso od una operazione possano distruggere *solamente* un organo e distruggerlo proprio completamente. Così ci falliscono tutti quei mezzi d'indagine che ci hanno condotto ad ammettere sicuramente le localizzazioni nelle regioni subcorticali. Da tutto quel che si è detto, mettendo da parte le conclusioni dell'anatomia comparata e della fisiologia, rimane solo una possibilità per abbordare con successo i problemi messici innanzi, e questa possibilità risiede negli avvelenamenti. Per mezzo di alcune esperienze nel campo psicologico abbiamo appreso che alcuni veleni hanno azione solo sopra alcuni determinati distretti della vita psichica e non sopra alcuni altri; per di più con l'esame delle cellule nervose di animali avvelenati si è potuto constatare che le diverse specie di elementi corticali non sono accessibili in modo uguale al veleno. Bisognerebbe quindi fare una selezione che corrispondesse alla differente composizione chimica cellulare e perciò fors'anche alla funzione delle cellule stesse. Così vi sarebbe una lontana possibilità di determinare, confrontandoli uno all'altro, ed i cambiamenti nel decorso dei processi psichici, ed i mutamenti nella struttura cellulare.

Un primo punto di contatto tra esperienza clinica ed i risultati dell'esperimento con i veleni potrebbe essere dato dai disturbi mentali prodotti dalle intossicazioni. È possibile ad esempio che le manifestazioni dell'ebbrezza siano basate su speciali modificazioni, in campi diversi,

della corteccia, e questi mutamenti somatici potrebbero essere messi in relazione con gli effetti psichici, già conosciuti, dell'alcool. Esiste inoltre tutta una serie di forme morbose psichiche, nelle quali, si riscontrano specialmente determinati disturbi. L'eccitamento maniaco è lo stato che somiglia di più all'ubbriachezza, in tutte e due le forme si ha maggiore facilità di azione, ma nella mania mancano i fatti paralitici che si manifestano nell' ubbriachezza, con la diminuzione della forza muscolare, con il rallentamento dei movimenti, con l'apparizione di disturbi atassici; oltre a ciò esistono anche notevolissime differenze in altri distretti psichici. E perchè a tali differenze corrisponde una diversità nel punto colpito dalla causa nociva, dovrebbe essere possibile, teoricamente, seppur per lungo tempo ancora non praticamente, di scoprire la causa di esse, e con ciò di ottenere per mezzo del confronto tra fatti anatomici e clinici che si corrispondono o che differiscono tra loro, deduzioni intorno alla sede di questa o di quella alterazione. Vero è che ciò non è presentemente possibile, e si potrà sperare che ciò avvenga, quando, oltre alla decomposizione psicologica accurata delle singole forme morbose, conosceremo meglio che non oggi, le più fini modificazioni della corteccia cerebrale. Ma perchè ciò avvenga non può essere sufficiente considerare isolatamente le cellule e le fibre.

Se è vera l'esistenza della localizzazione delle capacità psichiche più elevate, allora si mostreranno specialmente utili per il chiarimento di questa teoria quei quadri morbosi in cui si manifestano in maniera molto marcata solo disturbi isolati. Tra questi si possono annoverare la Presbyofrenia e la malattia di Korsakow con il loro grande disturbo della fissazione dei ricordi, il caratteristico gruppo di infermi con confusione verbale, le forme con semplice stupore allucinatorio, la catatonia con disturbi molto sviluppati della volontà, ecc. Di fronte a queste vi sono altre malattie, quali il delirio febbrile, le paralisi, le forme cerebrali sifilitiche ed arteriosclerotiche, nelle quali le manifestazioni morbose sono ripartite in modo più uniforme nei vari campi della vita psichica. Dalla differente localizzazione delle lesioni anatomiche nelle singole forme morbose si potranno in seguito trarre deduzioni per spiegare le sedi speciali dei diversi disturbi clinici. Presentemente conosciamo per le osservazioni di Nissl sulla catatonia, che in realtà esistono varietà sul modo di distribuzione locale dei mutamenti patologici. Le distruzioni più gravi si trovano principalmente nei più profondi strati della corteccia, mentre che nelle forme paralitiche esse si trovano sparse uniformemente su tutta la superficie corticale. Si

potrebbe perciò attribuire il quadro del grave disturbo affettivo e volitivo con conservazione delle facoltà percettive e mnemoniche, alla localizzazione del processo morboso nei catatonici.

Malattie nervose. — Svariate relazioni esistono tra malattie nervose e disturbi psichici. In generale però tali relazioni non sono di causa ad effetto; esse sono invece manifestazioni di uno stesso processo morboso, che colpisce le diverse regioni del sistema nervoso; così i disturbi psichici dei *tabetici* sono dovuti semplicemente al progredire del processo morboso dal midollo spinale al cervello. Nella maggioranza dei casi, si tratta di semplici fatti paralitici; e le manifestazioni a carico del midollo spinale precedevano già di molto gli altri segni morbosi. Certamente è dubbio e difficile poter dire se tale spiegazione valga per tutti i casi. Anche la psicosi *polineuritica* ci mostra che la medesima causa nociva che ha determinata la malattia dei tronchi nervosi può estendersi anche alla corteccia cerebrale, nè è da meravigliarsi se qualche volta compare il solo disturbo psichico, senza partecipazione dei disturbi dei nervi periferici; la causa morbosa può appunto, come sembra, alterare i varii segmenti del sistema nervoso separatamente o collettivamente. La causa è senza dubbio una intossicazione, sebbene non ne conosciamo la natura. Secondo Bonhöffer la base della forma in questione, è sempre l'alcool, mentre che le infezioni, specialmente la tubercolosi ed altri fattori, si debbono considerare come cause coadiuvanti. Però si deve notare che anche in soggetti non alcoolisti si possono avere forme molto simili, e la distinzione tra queste e le forme dovute all'alcool è fino ad ora molto difficile. La manifestazione morbosa più grave consiste in un forte disturbo della capacità fissatrice unita a gravi errori mnemonici. Per di più si ha grande difficoltà di percezione, esauribilità, contegno pauroso, e spesso, anche delirii.

Anche per le psicosi *coreiche* (1) possiamo ritenere che le cause di origine infettiva agiscano anche sul cervello. Generalmente, se non esclusivamente, la causa efficiente di questa forma morbosa è data dal reumatismo articolare acuto. Wartmann e Westphal hanno potuto coltivarlo nel cervello di una coreica. Il quadro morboso è caratterizzato da un'aumentata irritabilità del sentimento, dal contegno infantile, capriccioso, dal rapido cambiamento di umore, dall'insonnia; in casi gravi com-

(1) Köppen, *Archiv. f. Psychiatrie, XX*, 3; — Zinn, *ebenda, XXVIII*, 411; — Bernstein, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIII*, 538.

paiono stati di eccitazione confusionale e delirante. Da tali forme si debbono separare nettamente quelle forme di corea (corea ereditaria, corea di HUNTINGTON) che sono dovute a malattie diffuse, croniche, del sistema nervoso centrale di origine finora sconosciuta, e che conducono sempre ad uno stato demenziale più o meno marcato. Queste sono giudicate come simili alle malattie cerebrali croniche, che consideriamo quali fondamento dell'epilessia. Noi diamo da alcuni segni clinici molto appariscenti il nome alla malattia, mentre essa è più estesa, mostra modificazioni più o meno fini, che in genere colpiscono tutta la vita psichica. Guardando da questo punto di vista sintomatico, noi forse riuniamo insieme sotto lo stesso concetto tutta una serie di differenti processi morbosi. In seguito ci occuperemo più dettagliatamente delle loro manifestazioni cliniche.

Nella *tetania* sono stati descritti da v. FRANKL-HOCHWART e da FR. SCHULTZE, stati deliranti con disturbi sensoriali; anche io ho ripetutamente veduto simili stati. È possibile che questi, come i disturbi coreici, dipendano da un'intossicazione dovuta al supposto veleno tetanico; ma spesso sono in dubbio, per i dati della mia esperienza, che in alcuni casi non si tratti invece dell'inizio di una dementia praecox. Anche non completamente sicure mi sembrano le così dette *psicosi emicraniche.* (1) Queste sono descritte come stati crepuscolari rapidamente decorrenti con allucinazioni deliranti ed illusioni, e rassomigliano quasi completamente dal punto di vista clinico a certi stati epilettici. Che per lo meno le più gravi forme di emicrania con fenomeni oculari siano spesso in relazione con l'epilessia è per me verosimile, sicchè ritengo che gli stati descritti debbano essere compresi nell'epilessia, tanto più che i sintomi più lievi di questa, specialmente i mutamenti d'umore periodici non vengono molto spesso messi in rilievo.

Stati simili di confusione delirante, decorrenti rapidamente con successive lacune mnemoniche, sono stati più volte osservati dopo intensi dolori nevralgici, specialmente in seguito a nevralgie d'origine dentaria. Si è cercato di spiegare tali delirii da dolore (2) con l'influenza dell'eccitamento nervoso sul cervello, forse per produzione di uno spasmo vascolare; anche il determinarsi di una forte scossa emo-

---

(1) MÖBIUS, *Die Migräne*, 76; — v. KRAFFT-EBING, *Arbeiten* 110, 135; *Jahrb. f. Psych, XXI,* 38; — KÖPPEN, *Centralbl. f. Nervenheilk,* 1898, 269; — MINGAZZINI e PACETTI, Rivista sperimentale di freniatria *XXV,* 3 e 4, 1899.

(2) LAQUER, *Archiv. f. Psychiatrie, XXVI,* 3; — v. KRAFFT-EBING, *Arbeiten* I. 81; *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVIII,* 463.

tiva potrebbe avervi influenza. Tali casi ricordano quelli della così detta epilessia riflessa, nei quali una parte causale viene ugualmente attribuita all'irritazione dei nervi periferici. Si è anche sostenuta l'esistenza di un gruppo di « psicosi riflesse » determinata dallo stiramento duraturo di rami nervosi in un tessuto cicatriziale; Schüle specialmente ha dato importanza più estesa nella sua « disfrenia nevralgica » all'azione causale di stimoli somatici. Non si può certo negare l'influenza grave che esercitano i gravi dolori fisici sulla vita psichica, nè si può negare che in alcune circostanze possono rendere l'individuo « furioso, » ma in tal caso, si tratterà raramente di forme gravi di malattie mentali. Molto facilmente si vedono insorgere tali disturbi in individui che presentano anche senza di ciò, un'aumentata suggestibilità sentimentale, come negl'isterici.

Interventi operativi. — Sotto il nome di « delirium nervosum o traumaticum » sono già stati riuniti fin dal tempo di Dupuytren alcuni stati deliranti consecutivi talvolta ad intervento operativo. (1) L'esatta analisi di simili casi dimostra che si deve trattare di diversissimi quadri clinici. In un grande numero di tali forme è molto lassa la relazione che passa tra intervento operativo e disturbi psichici. Ciò è specialmente vero per le forme maniache, catatoniche, epilettiche, paralitiche ed anche per i delirii senili, per i quali l'operazione non serve che come causa determinante sul fondo morboso già preparato. Ciò naturalmente avviene anche per i frequentissimi delirii alcoolici ed uremici. Molto più importante è l'azione dell'intervento operativo sopra i fenomeni isterici; benchè anche qui la ragione essenziale del disturbo psichico si debba ricercare nella personalità morbosa del soggetto operato. Le cause concomitanti del disturbo sono dovute alle impressioni psichiche, all'angoscia, all'eccitazione che già precedono l'intervento operativo. L'operazione per sè può essere nociva per le possibili forti emorragie, e può produrre perciò delirii da esaurimento; anche influenze tossiche possono produrre stati deliranti, e tra questi è da ricordare in special modo il delirio da iodoformio. Nel decorso poi, l'esaurimento può essere dovuto al nutrimento insufficiente, altre volte si può manifestare la suppurazione e la tossiemia, ed aversi così il caratteristico quadro del delirio settico. E finalmente è stata messa in evidenza

---

(1) Picqué, *Annales médico-psychol. VII,* 8, 91, 113, 453; — Picqué et Briand, *ebenda,* 249, 1898; — Simpson, *Journal of mental science,* 1897. *Januar;* — Pilcz, *Wiener klinische Wochenschrift.* 1902, 36.

la grave impressione psichica dovuta a certe operazioni mutilanti, quali le amputazioni, la castrazione, la formazione di un ano preternaturale, ecc. Se gli stati depressivi di lunga durata, ed incurabili, susseguenti a tali operazioni, possono meritare veramente un posto clinico distinto, è per me ancora dubbio.

Ugualmente è incerto, se, astraendo dalle loro azioni generali, uno intervento speciale possa avere un significato causale determinato. Sono stati certamente osservati più di frequente disturbi psichici per operazioni sugli organi genitali femminili. Come è noto, la grande influenza che ha sulla psiche femminile l'ablazione delle ovaie è accennata anche dal grave sconvolgimento psichico ed affettivo durante il climaterio. Se pure deve essere messa in dubbio che appunto la regressione dell'ovaia, forse per la mancanza di una secrezione interna, è la causa più importante o l'unica dei disturbi climaterici, si deve certo ammettere che la ablazione delle glandule generative non sia un'operazione senza importanza per l'equilibrio psichico. Però sembra che a tali operazioni non seguano molto spesso gravi fenomeni psichici. Ricordiamo anche che per lungo tempo fu, a scopo curativo, eseguita la castrazione sopra soggetti psichicamente infermi, con la speranza spesso delusa, di liberarli dalla loro infermità.

Nelle operazioni in cavità addominale e sull'intestino, ha, secondo Pilcz una parte importante per la produzione di fatti psichici, la coprostasi con assorbimento di agenti tossici per mezzo dell'intestino. In seguito ad operazioni di cataratta, ed in generale dopo un prolungato soggiorno nella camera oscura, (1) si manifestano spesso stati deliranti con gravi disturbi psico-sensoriali, specialmente visivi, ma anche uditivi; più raramente si hanno allucinazioni visive con coscienza integra che hanno una certa somiglianza con i disturbi osservati negli individui condannati alla segregazione cellulare. In tutti questi casi sembra che la soppressione di determinati stimoli sensoriali agisca favorendo l'insorgere di fatti allucinatorii nel dominio sensoriale corrispondente. Inoltre sono anzitutto da considerare quali cause concomitanti la vecchiaia, ed in determinate circostanze, il cattivo nutrimento l'agitazione psichica e le abitudini alcooliche.

Intossicazione ed esaurimento. — L'influenza nociva che hanno tutte le cause somatiche della pazzia anche se non sono insite nel sistema nervoso, si possono dividere, secondo la mia opinione, in due

(1) Frankl-Hochwart, *Jahrbücher f. Psychiatrie, IX,* 1 *u.* 2. 1899; — Löwy, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII,* 166.

gruppi generali; il gruppo delle intossicazioni, ed il gruppo dell'esaurimento. Al primo gruppo di cause, appartengono tutte quelle deviazioni dei processi vitali durante le quali alcune sostanze circolano col sangue, e giungono quindi al sistema nervoso; sostanze che distruggono immediatamenie gli elementi nervosi. Tali intossicazioni avvengono in tutte le malattie infettive, nella decomposizione del sangue, nell'introduzione di veleni non organizzati. Possono appena esservi differenze fondamentali tra questi singoli processi, perchè è verosimile che, in ultima analisi, si debba riportare l'effetto dell'infezione ai prodotti tossici morbigeni.

I fenomeni psichici della intossicazione dipendono in primo luogo dalla natura del veleno, ma anche dalla rapidità con la quale questo esplica la sua azione. Tutte le intossicazioni cerebrali che insorgono rapidamente, si manifestano con stati confusionali deliranti, e contemporaneamente si hanno disturbi sensoriali più o meno gravi, spesso compare anche agitazione; invece nelle intossicazioni lente prevalgono i segni della paralisi psichica. Naturalmente il quadro clinico viene determinato nei singoli casi dalle qualità speciali del veleno. Secondo le esperienze fin qui fatte ed in special modo da Nissl sembra verosimile che a ciascun veleno corrisponda un caratteristico processo morboso nel tessuto nervoso, del quale, nei casi di intossicazione subacuta, si possono riconoscere anatomicamente i caratteri speciali; mentre nei casi acuti o cronici, riesce molto difficile distinguere le varie modificazioni delle cellule nervose. Anche la osservazione delle influenze tossiche sulla psiche, per quel che si conosce dalle osservazioni fin qui fatte, ha dato il modo di stabilire per ogni veleno una speciale ripartizione dell'azione sui vari dominii della vita psichica; ed infine siamo anche in grado di riconoscere in molti casi, dai sintomi clinici, la natura dell'intossicazione. Poter trarre oggi dalle manifestazioni psichiche un'induzione sintetica sulle cause morbose, non è ancora possibile riguardo alle forme rare, alla maggior parte dei casi di autointossicazione ed a quegli intossicamenti a decorso molto cronico.

Sotto il nome di esaurimento si intende la distruzione degli elementi somatici della nostra vita psichica, dovuta od al forte consumo, o ad una incompleta riparazione di quel che normalmente si consuma. Ammesso che la stanchezza sia dovuta semplicemente all'accumulo nel sangue di materiali di regressione di effetto paralizzante, l'esaurimento si inizierebbe quando il consumo del sistema nervoso è molto maggiore della riparazione, fino a determinare così una alterazione durevole. La stanchezza sarebbe come una narcosi, stato quale noi potremmo

produrre adoperando i narcotici; l'esaurimento è invece il primo passo all'autosfacelo del sistema nervoso, dovuto alla propria attività. La stanchezza produce il sonno; essa è una specie di autodifesa contro l'insorgere dell'esaurimento.

Le sostanze tossiche prodotte dalla stanchezza vengono espulse nel sonno e rese innocue; oltre a ciò viene diminuito il consumo. La riparazione delle sostanze consumate può avvenire solo con la nutrizione. Come noi non possiamo con la sola economia senza alcun introito conservare intatto un patrimonio, così non può il sonno riparare a tutte le energie adoperate. Quindi la causa precipua dell'esaurimento è il nutrimento insufficiente. Certo la sproporzione tra consumo e riparazione appare tanto più rapidamente, quanto più prodigamente si consuma e quanto meno si risparmia. Avviene per ciò che l'esaurimento imminente può venire evitato per molto tempo con una quiete estrema, mentre il pericolo di esaurimento diviene grandissimo, quando si ha nell'istesso tempo, rifiuto di cibo, agitazione ed insonnia. In alcuni casi l'esaurimento può stabilirsi in modo diversissimo. Consumo rapido dovuto ad intenso lavoro, febbre, perdite sanguigne, risparmio insufficiente per disturbi del sonno, e finalmente mancanza di riparazione per mezzo della nutrizione, queste sono le cause principali che conducono l'organismo all'esaurimento. Da diversi autori sono state descritte modificazioni delle cellule nervose, negli stati di inanizione ed in quelli dovuti a mancanza di sonno, ciò che è anche più grave; però tali modificazioni sembra che non abbiano nulla di caratteristico. (1) Daddi ha rinvenuto tali modificazioni specialmente nella regione dei lobi frontali, nell'insonnia prodotta artificialmente,

È dubbio finora poter dire se tutte le cause che abbiamo enumerate diano uguali manifestazioni psichiche. Weygandt (2) ha esaminato quale è l'influenza della fame con o senza assorbimento di liquidi, ed è giunto alla conclusione che la sottrazione del nutrimento, specialmente se si tolgono anche i liquidi, rende notevolmente più difficile il lavoro psichico del conteggiare e dell'imparare, aumenta la facilità alla distrazione, e rende più superficiale il corso delle idee, perchè facilità il corso dei pensieri secondo associazioni esterne o di suono, mentre non sono notevolmente influenzate le percezioni. D'altra

---

(1) Agostini, Rivista sperimentale di freniatria *XXIV*, 1, 1898; — Daddi, Rivista di patologia nerv. e mentale III, 1898.

(2) Weygandt, *Psychologische Arbeiten, IV*, 45.

parte Aschaffenburg (1) stabilì in parecchi soggetti quali alterazioni si abbiano secondo la maniera e la durata di speciali occupazioni psichiche nel corso di una notte trascorsa senza introdurre alimenti. Da tali esperienze si ebbe notevole diminuzione della capacità psichica generale, più difficoltata la percezione con contemporanea comparsa di eccitamenti sensoriali a sè, rallentamento del processo ideativo, insorgere di un flusso fugace di associazioni di immagini ideative ed infine più facile determinazione al movimento. Gli stessi disturbi fondamentali riscontriamo in modo interessante in quella forma di pazzia che per le sue condizioni di sviluppo possiamo rimettere tra le psicosi da esaurimento, voglio dire nei delirii da collasso. Patrick, Gilbert (2) che per più ore tennero desti tre soggetti, riscontrarono una diminuzione della forza muscolare, un rallentamento del tempo psichico, una intensa alterazione dell'attenzione e della fissazione di immagini, e per contro un aumento dell'acuità visiva, e l'insorgere in modica quantità di allucinazioni visive semplici. Uguali osservazioni si fecero anche durante una pazza corsa ciclistica a New-Jork, corsa che durò 6 giorni e 6 notti.

Idee meno chiare si hanno sugli effetti dell'esaurimento *cronico* prodotto da insufficiente nutrimento unito a lavoro difficile, e favorito da mancanza di sonno, cattive condizioni igieniche, dispiaceri e preoccupazioni. Si può dubitare che tutte queste cause abbiano una parte importante sullo sviluppo della pazzia; però fino ad ora siamo incapaci di dire quale sia la influenza di ciascuna di esse, od a riconoscerla in determinati sintomi morbosi. Forse possiamo solo una cosa affermare che cioè terminato l'esperimento, le alterazioni psichiche determinate dalla fame e dall'insonnia sono riparate solo a poco a poco. Così l'effetto di una notte trascorsa lavorando durò fino al quarto giorno con una diminuzione decrescente della capacità al lavoro. Dal punto di vista clinico dobbiamo perciò ammettere che l'esaurimento cronico induca un consumo più rapido del tessuto nervoso, e perciò sia la causa più importante per il precoce insorgere di manifestazioni regressive e dei mutamenti della senilità. Inoltre l'esaurimento cronico produce certamente una diminuzione della resistenza somatica generale e favorisce in tal modo lo sviluppo di disturbi che senza il suo aiuto non si sarebbero forse avuti.

---

(1) Aschaffenburg, *Psychologische Arbeiten* II, 1.

(2) Patrick *and* Gilbert, *Psychological Review, Sept.* 1896.

Malattie infettive. (1) — Tutto ciò che si è or ora detto ci fa comprendere tutta una serie di fatti nocivi, che furono considerati nei singoli casi di importanza causale per l'insorgere della pazzia. Possiamo senza dubbio ritenere che nelle malattie infettive si formino sostanze tossiche, le quali in parte attaccano direttamente la corteccia cerebrale, in parte influenzano la vita psichica o producendo manifestazioni morbose generali (febbre), o con la mediazione di malattie organiche. Nei singoli casi tale relazione è naturalmente diversa, ed in ogni caso è data dalla natura particolare del veleno morboso, e dal modo con il quale questo si distribuisce nell' organismo. Le malattie che hanno maggiore importanza per l'insorgenza dei disturbi psichici, sono il *tifo*, (2) *il reumatismo articolare acuto, la pneumonite, gli esantemi acuti, l'eresipela della testa, l'influenza*, (3) *la febbre intermittente, il colera.*

Una diretta influenza tossica sul cervello della tossina corrispondente è sicura fino ad ora solo per il tifo, per il vaiuolo, per la febbre intermittente e forse anche per l'influenza; e ciò perchè solo in simili forme morbose si poterono osservare disturbi psichici o durante il decorso afebbrile o quando si aveva scarsissima febbre, (nello stadio prodromico), prima cioè che altre cause potessero svilupparsi. Nel reumatismo articolare acuto, sebbene raramente, può aversi una localizzazione dei materiali tossici nelle meningi, la quale naturalmente produce del pari manifestazioni psichiche di irritazione e di paralisi. Nel tifo specialmente sono state descritte spesso profonde modificazioni nella corteccia cerebrale.

Durante il decorso febbrile delle malattie infettive deve essere preso in considerazione come causa efficiente dei disturbi psichici innanzi tutto l'aumento della temperatura dell'organismo, e poi, fors'anche la aumentata rapidità circolatoria nella cavità cranica. Almeno è stato spesso osservato un aumento od una diminuzione dei fenomeni deliranti che va di pari passo con l'aumento o la diminuzione della temperatura del corpo; ciò viene messo molto bene in evidenza nel corso regolare della curva nel tifo. Goldscheider, Flatau e Lugaro

(1) Kraepelin, *Archiv. f. Psychiatrie, Bd. XI und XII;* — Adler, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIII,* 740.

(2) Friedländer, *Über den Einfluss des Typhus auf das Nervensystem.* 1901.

(3) Jutrosinski, *Influenzapsychosen, Dissertation* 1890; — Kirn, Volkmanns *klin. Vorträge, Neue Folge XIII,* 1890; — Fahr, *Influenza soma arsag til sindssygdom* 1898; — Klemm, *Psychosen im ätiologischen Zusammenhang mit Influenza. Diss.* 1901.

hanno constatato modificazioni patologiche delle cellule nervose in seguito a temperature alte, però tali modificazioni difficilmente possono essere ritenute come caratteristiche. Bisogna però considerare che l'aumento febbrile della temperatura non è infine altro che un segno dell'aumentata tossicità del sangue; e la cosa più probabile è che gli effetti tossici abbiano anche nella febbre la parte principale. In tal modo si giungerebbe a spiegare molto semplicemente la ragione per la quale in alcune altre malattie, per esempio nella tubercolosi, aumenti durevoli e considerevoli della temperatura producano relativamente di rado disturbi psichici.

Senza dubbio grande valore per l'origine dei delirii nelle malattie infettive ha lo stato degli organi della circolazione, e forse anche dei polmoni, perchè vediamo comparire simili disturbi non solo con relativa frequenza nelle forme morbose alle quali si associano malattie di cuore (reumatismo articolare), ma anche nelle più svariate forme di debolezza cardiaca, anche con temperature appena febbrili (Tossiemia). Si può forse ammettere che i disturbi circolatorii rendano più difficile la distruzione e l'espulsione delle sostanze tossiche circolanti. Negli alcoolisti, che delirano con grandissima facilità, è molto difficile distinguere ciò che si deve attribuire alla debolezza cardiaca ed alle alterazioni vasali, e ciò che è dovuto invece alle modificazioni permanenti della corteccia cerebrale; probabilmente il rapporto è diverso secondo i singoli casi, come del resto si possono osservare clinicamente tutte le forme di passaggio dal delirium tremens fino all'ordinario delirio febbrile.

Il quadro clinico dei delirii febbrili che dovremo in seguito esaminare più dettagliatamente è costituito in generale da fenomeni di irritazione cerebrale e di paralisi che possono unirsi uno all'altro nei modi i più diversi, e che negli stati più gravi in cui si sviluppano anche profondi disturbi circolatorii, giungono ad una completa paralisi corticale, a stati soporosi di deliquio.

Il modo di comportarsi della *lyssa* somiglia sotto molti rapporti a quello di alcune delle malattie suddette, perchè anche in questa forma morbosa si tratta di diretta intossicazione dalla corteccia cerebrale. Emminghaus (1) dice che i sintomi iniziali di tale malattia sono fenomeni di depressione a contenuto triste ed angoscioso; nell'acme della malattia i fenomeni della massima agitazione psichica: delirii violenti, disturbi psico-sensoriali, si alternano con stati di passeggiera lucidità di coscienza, finchè finalmente il quadro è chiuso dalla paralisi psichica.

(1) *Archiv der Heilkunde XV*, 239; *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI*, 5.

La relazione tra causa ed effetto è molto diversa, al contrario di quel che avviene nei delirii febbrili, in quei caratteristici disturbi mentali, che si sviluppano non nell'acme ma *in seguito* a malattie acute infettive. È vero che qui in primo luogo si deve pensare che si tratta di effetti tossici postumi della causa infettiva morbosa, corrispondenti per esempio alle forme neuritiche che succedono così di frequente al vaiuolo, al tifo, all'influenza e specialmente alla difterite. Ciò si osserva in modo molto più evidente negli stati gravi, spesso inguaribili di debolezza psichica che sono stati osservati dopo il tifo, il vaiuolo, la febbre intermittente e che sono uniti ai sintomi di lesioni grossolane del cervello, del midollo spinale e dei nervi. In altre forme a decorso più favorevole e più rapido, ha certamente una gran parte *l'esaurimento* dell'intero organismo prodotto da gravi e durevoli stati febbrili, e da svariate malattie concomitanti. Dopo il tifo ed il reumatismo articolare sogliono svilupparsi lentamente tali forme morbose che poi cedono, per tornare tutto al primitivo stato. Invece, specialmente nella polmonite, ma anche dopo gli esantemi acuti, l'eresipela, l'influenza (polmonite influenzale), l'angina grave, vediamo insorgere i disturbi psichici immediatamente dopo la caduta subitanea della temperatura e dopo la diminuzione della frequenza del polso, disturbi che scompaiono in breve tempo. In generale la predisposizione morbosa ha maggiore importanza nella produzione delle psicosi da esaurimento, che nei delirii febbrili. Le cause morbose sono apparentemente più potenti nell'ultimo caso, e vincono senza grande difficoltà anche un forte sistema nervoso, mentre che nella psicosi da esaurimento soccombono in generale solo le persone di debole resistenza.

Fino ad un certo punto si ritrova questa differenza nelle condizioni causali anche nel quadro clinico della psicosi da malattie acute. Mentre i delirii febbrili si manifestano in generale sempre nel medesimo modo, in queste altre forme, nelle quali è maggiore la predisposizione personale, i singoli quadri morbosi si sviluppano in modo molto più vario ed autonomo. Ciò naturalmente non vale per le psicosi associate a gravi stati morbosi della corteccia (rigonfiamento e spezzettamento delle cellule gangliari, embolia pigmentaria, infiltrazione flogistica) che offrono semplicemente una generale diminuzione più o meno pronunciata delle capacità psichiche, cioè a dire il quadro della debolezza mentale fino alla più profonda demenza.

Quando la causa morbosa determina un immediato abbassamento della temperatura e della frequenza del polso si manifestano bruscamente delirii da collasso a decorso rapido, con disturbi psico-sensoriali,

confusione, fuga di idee e stati di agitazione. In altri casi i delirii febbrili non scompaiono quando comincia il miglioramento, ma durano, benchè in modo differente, ancora per diverso tempo. In tali casi il cervello indebolito non può riparare con grande rapidità le lesioni prodottesi nell'acme della malattia; ed anche qui si deve naturalmente sospettare che si tratti di variazioni cellulari acute che quindi regrediscano. Le forme che si sviluppano solo nel periodo di guarigione di una malattia debbono riferirsi spesso ad una lesione causale, specialmente ad emozioni, ecc. Esse somigliano alle forme confusionali con disturbi sensoriali, delirii, umore depresso o gaio. Esistono tutti i gradi di passaggio tra queste forme e l' ordinaria debolezza irritabile dei convalescenti dopo una grave malattia febbrile.

In un grande numero di casi nei quali i disturbi mentali seguono a malattie somatiche, si tratta di forme che hanno la loro origine da tutt'altra causa. La malattia acuta dà qui solo l'ultimo crollo per lo sviluppo della forma morbosa psichica, che era più o meno apparecchiata. Questo avviene nelle diverse forme della follia maniaco-depressiva e della catatonia, nella malinconia, nei delirii senili, e spesso anche nelle forme paralitiche. Generalmente anche i rapporti di tempo tra la malattia acuta e la psicosi sono in questi casi piuttosto lassi. In alcuni casi la psicosi si manifesta nel convalescente poco resistente, dopo settimane o mesi da che è terminata la malattia acuta che si potrebbe chiamare malattia preparatoria; così dopo il tifo specialmente, può rimanere per lunghi anni una debolezza irritabile che può rendere più facile l'insorgere di una malattia mentale che si manifesterà più tardi.

Sotto questo punto di vista si può giudicare il significato causale di alcune *malattie infettive croniche.* Spesso si ritrovano qui tutte le condizioni che possono dar luogo a stati di esaurimento. Da una parte diminuizione della capacità al lavoro, grande facilità a stancarsi; dall'altra irritabilità, cambiamento d'umore, e finalmente un insieme di incostanza e di ostinazione, tutti sintomi che accompagnano tanto spesso tali malattie, che non si suole dare ad essi l'importanza di fenomeni psichici caratteristici. D'altra parte le stesse intossicazioni hanno a volte una reale importanza.

Nella *tubercolosi* (1) si hanno qualche volta disturbi mentali acuti, caratterizzati da confusione, allucinazioni, delirii, umore depresso o gaio, insonnia ed agitazione, stati che somigliano a quelli di debolezza dopo

(1) Heinzelmann, *Münchner Medizin Wochenschr.* 1894 5; — Chartier, *de la*

il tifo od il reumatismo articolare. Data la scarsa frequenza dei disturbi mentali dei tisici, debbono avere grande parte anche condizioni speciali, tra le quali importantissima è la predisposizione psicopatica. In altri casi è l'alcoolismo che dà i suoi colori al quadro morboso, e finalmente alle volte anche processi meningitici possono essere la base di fenomeni di irritazione psichica e nervosa.

Nel decorso della *lepra,* alla quale forma morbosa partecipa certamente anche il sistema nervoso, si manifestano stati di depressione con insonnia e propositi intensi di suicidio: però non è ancora noto nulla di più preciso.

La *sifilide* (1) ha una parte importante come generatrice dei disturbi mentali di specie molto diversa. KOWALEWSKY dice che il fondamento somatico delle psicosi sifilitiche risiede, nel primo periodo della malattia, nelle modificazioni sanguigne, che consistono in una diminuzione dei globuli rossi del sangue e del tasso emoglobinico, ed in un aumento dei globuli bianchi, fatti questi che giungono al loro massimo nel periodo eruttivo. In seguito si hanno le forme morbose vascolari descritte da HEUBNER, e finalmente le lesioni dirette del sistema nervoso, lesioni dovute al veleno sifilitico che circola nel sangue. Per di più, in alcuni casi, si debbono contare tra le cause le alterazioni sanguigne dipendenti dalla cura mercuriale esagerata, ed in altri casi anche le preoccupazioni dovute alle idee sulle possibili conseguenze del contagio; ma in tal caso naturalmente, le manifestzioni morbose così prodotte non hanno più alcun rapporto con la sifilide per sè stessa.

L'espressione clinica di tutti questi processi morbosi luetici è data da stati che vanno, sul principio, sotto il nome di neurastenia, ipocondria, isteria sifilitica. Già nel periodo delle prime eruzioni cutanee possono manifestarsi tali fenomeni morbosi, che poi, scomparsa l'eruzione, o sotto il trattamento mercuriale, spariscono rapidamente. Nel decorso ulteriore compaiono alcuni fatti che indicano la serietà dell'infezione, ed a cui serve di fondamento lo sviluppo lento delle malattie vasali; tali fenomeni morbosi sono: forte male di capo, vertigine, leggeri e passeggieri disturbi della parola, oppure paralisi, diplopia,

---

phthisie et en particulier de la phthisie latente dans ses rapports avec les psychoses. Thèse, Paris. 1899.

(1) HEUBNER, v. ZIEMSSENS *Handbuch, Bd. XI,* 1; — RUMPF, *Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.* 1887; — KOWALEWSKY, *Archiv. f. Psych.,* XXVI, 2; — JOLLY, *Berliner klinische Wochenschr.* 1901, 1.

disturbi della sensibilità unilaterali, a volte svenimenti, od un attacco epilettico, ed inoltre facile distrazione, diminuzione della memoria, irritabilità, facile stanchezza, svogliatezza al lavoro, depressione, debolezza volitiva. Quando riscontriamo gravi fenomeni isterici, dobbiamo pensare, che come in altre forme cerebrali, le modificazioni somatiche dirette, producono per mezzo di idee sentimentali a forti tinte, disturbi che sorpassano più o meno il limite dei fenomeni isterici.

Lo sviluppo di queste forme morbose, se non vengono interrotte dalla cura, conduce a veri stati di debolezza psichica; la memoria e la capacità di fissazione diminuiscono, la critica divien debole, la capacità ad una attività regolare e metodica si perde. Insieme possono insorgere molti sintomi ben caratterizzati di una malattia psichica, quali il contegno irritabile, tormentoso, delirii in generale fuggitivi ma spesso molto fantastici, disturbi psico-sensoriali, umore facilmente gaio ed irritabile, agitazione, mania di grandezza, prodigalità. Tali infermi possono terminare di solito con la più completa demenza. Tale decorso morboso è in generale accompagnato dai sintomi caratteristici di una grave malattia cerebrale, cioè da emiplegie, attacchi apoplettiformi con o senza permanente atrofia ottica, paralisi dei muscoli oculari, disturbi afasici, ecc. A questa sintomatologia corrispondono spesso forme circoscritte gommose, o meningo-encefalitiche.

Di gran lunga più importante che non tutti questi disturbi mentali dati da lesioni sifilitiche in senso ristretto, è la paralisi progressiva, che completamente o quasi ha il suo fondamento in un pregresso contagio luetico. Secondo ciò che si conosce presentemente sulla quistione, mi sembra molto probabile che tutti i casi nei quali si è avuto contagio sifilitico formino un unico gruppo dal punto di vista etiologico, clinico ed anatomo-patologico, al quale corrisponde un determinato processo morboso. Vero è che non sempre siamo capaci di distinguere durante la vita, con certezza, questi casi da altri, che sono di origine differente. Si è dimostrato appunto che casi ad uguale reperto anatomico, possono offrire quadri morbosi molto diversi, mentre d'altro canto è spesso impossibile dai sintomi presentati formulare una diagnosi di un determinato processo patologico. In altre parole i gruppi che noi distinguiamo per la sintomatologia che gli infermi presentano durante la vita, non corrispondono ai gruppi dati dall'anatomia patologica. Però questi ultimi danno certamente una divisione più esatta.

Sfortunatamente non possiamo formarci un'idea esatta sull'essenza

del rapporto che passa tra sifilide e paralisi progressiva. Solo questo è certo, che la paralisi si manifesta dopo parecchi anni dal contagio sifilitico, che non è favorevolmente modificata dalla cura antiluetica, che non guarisce nè determina remissioni e che quindi non può essere ritenuta come una malattia cerebrale sifilitica nello stretto senso della parola. È perciò che Möbius parlando della paralisi e della tabe, che è manifestamente in stretta parentela con la paralisi progressiva ha parlato della « metasifilide ». A me sembra che sia stato provato da molte osservazioni, che la paralisi progressiva non sia una forma circoscritta come nella vera sifilide cerebrale, ma che esistano invece in essa modificazioni profonde e generali di tutto l'organismo. Le frequenti forme morbose renali e cardiache, come l'ateromasia dell'aorta dei paralitici, dimostrano quanto sia grande la partecipazione dei vasi sanguigni al quadro morboso. È solo dubbio ancora se queste ultime manifestazioni morbose provochino da sole la fragilità delle ossa, e la enorme predisposizione alla cancrena per compressione; per mio conto credo che tali fenomeni siano dovuti alle modificazioni del ricambio materiale e della composizione del sangue. Fanno supporre ciò anche le straordinarie variazioni che avvengono nella nutrizione degl'infermi e gli abbassamenti di temperatura che si sono non di rado osservati e che sicuramente debbono essere riportati a gravi disturbi dello stato generale, più che ad influenze sui centri regolari del calore.

Malattie del ricambio materiale. — Uno dei capitoli più oscuri sebbene forse dei più importanti per la dottrina etiologica della pazzia è certamente quello delle malattie del ricambio materiale. Dobbiamo certo ritenere che ogni modificazione morbosa del ricambio materiale, abbia una maggiore o minore influenza sulla nutrizione del sistema nervoso, e che a volte addirittura entrino in circolazione sostanze tossiche. Sfortunatamente si conoscono solo in piccolo grado le particolarità cliniche di simili processi. Esiste bensì tutta una serie di osservazioni nei malati mentali sulle modificazioni delle secrezioni, sul sangue, sulla tossicità dell'urina e del sudore, (1) sull'alcalescenza, sulle proprietà battericide e tossiche del sangue, sulla isotonia (2) dei globuli rossi, sul loro numero, sulla quantità di emoglobina, sul loro rapporto con i leucociti, ma i risultati di tutti questi difficili esami sono

(1) Cabitto, Rivista sperim. di freniatria, XXIII, 36; — Pellegrini, *ebenda*, 144; — Massaut, *Bull. de la société de médic. ment. de Belgique*, Décembre 1895.

(2) Abundo, Rivista sperim. di freniatria, XVIII, 292; — Obici e Bonon, Annali di nevrologia XVIII, 5, 1900.

così incerti ed ambigui, che ancora non è possibile trarre alcuna conclusione sull'essenza dei diversi processi morbosi. Sono però state osservate differenze notevoli con persone sane. Obici e Bonon riscontrarono che la capacità di resistenza dei globuli rossi alle soluzioni di cloruro di sodio era molto diminuita nella paralisi, nella follia pellagrosa e nei primi stadii della dementia praecox, cioè in quadri morbosi nei quali è molto facile ammettere la presenza di sostanze tossiche nel sangue.

Però in generale non può ancora dimostrarsi una vera relazione a tenor di legge tra i suddetti disturbi del ricambio ed i diversi quadri morbosi. Vero è che esiste un grande numero di osservazioni nelle quali il disturbo mentale è messo in rapporto con questa o quella forma di autointossicazione, ma in realtà, fino ad ora, tali supposizioni non hanno che il valore di una semplice possibilità. La ragione consiste principalmente in questo, che cioè i quadri morbosi stessi non permettono di giungere alla conclusione che sono dovuti a fatti di autointossicazione. Noi non siamo nella massima parte dei casi in grado di escludere che si tratti di una semplice coincidenza, e quindi al massimo si può dire che probabilmente esiste una intossicazione od una infezione. D'altra parte alcune forme di fenomeni psichici che possiamo attribuire a modificazioni nel ricambio materiale, come è il caso delle forme dovute al delirium tremens prescindendo completamente dalle comuni intossicazioni, ci insegnano che ove esistono cause univoche, anche i quadri clinici presentano un uguale colore pronunziatissimo. È perciò sperabile che si riuscirà gradatamente ad individualizzare in quei gruppi di malattie mentali che hanno il loro fondamento etiologico in una intossicazione da ricambio, delle forme cliniche caratteristiche che senz'altro ci facciano concludere sulla loro causa etiologica.

In generale si può anche ammettere che quei disturbi della nutrizione che influiscono sfavorevolmente sulla composizione del sangue, come avviene nella clorosi, nella leucemia, negli stati duraturi di iponutrizione, ed in quelli dovuti a ripetute perdite di sangue, producano un rallentamento più o meno pronunziato di tutte le capacità psichiche, quali ad esempio: diminuzione di capacità al lavoro mentale, facile esauribilità, distrazione, smemorataggine, irritabilità emotiva con predominio di stati depressivi, diminuzione della volontà e dell'attività. Tali fenomeni sono tanto frequenti nelle malattie somatiche generali, che spesso non impressionano come fatti patologici. Essi corrispondono presso a poco alla sintomatologia di una duratura stanchezza, che noi sogliamo attribuire ad un insufficente escrezione

e distruzione dei prodotti regressivi tossici dei tessuti che hanno lavorato.

Si hanno poi altre manifestazioni morbose quando un determinato apparecchio non è più capace di compiere il suo lavoro di ricambio. Nelle malattie croniche è certamente difficile provare la loro influenza sui quadri morbosi, invece quando le modificazioni somatiche avvengono rapidamente, i fenomeni morbosi si sviluppano spesso con straordinaria rapidità. Un ricambio insufficente del gas respirabile che può essere prodotto da malattie dei polmoni e della circolazione, produce manifestazioni di stupore come nell'ebbrezza, grave angoscia, ed in gradi più elevati perdita di conoscenza. L'insufficiente secrezione renale produce *uremia* con stati deliranti e comatosi, specialmente nella gravidanza avanzata; in seguito ad accumulo dei componenti della bile nel sangue (colemia), si osserva stupore e depressione psichica; nella atrofia giallo acuta del fegato (itterus gravis) si osservano delirii furiosi con forte eccitamento angoscioso ed allucinazioni; nel decorso ulteriore si ha sopore e coma.

Poco chiari sono finora i rapporti che corrono tra le forme *incurabili del cancro* ed i disturbi mentali che si riscontrano talora nei cancerosi. Sebbene si ammetta sempre con maggior certezza che i tumori cancerigni siano prodotti da microrganismi, però non sappiamo ancora se tali microrganismi influiscano direttamente sulla corteccia cerebrale per mezzo di materie tossiche del loro ricambio, od infine se la forma psichica sia prodotta solo dai fenomeni generali del ricambio materiale caratteristici nel cancro. I rapporti tra la lesione somatica e le forme morbose corticali non sono però molto stretti, perchè la grande maggioranza dei malati di cancro non presenta disturbi psichici pronunciati. Le forme morbose in questione si manifestano con stati deliranti angosciosi, insieme con allucinazioni, confusione, viva irrequietezza; nel decorso ulteriore aumentano sempre più lo stupore e la debolezza psichica. ELSHOLZ (1) dà grande importanza al fatto che di tempo in tempo, alla confusione delirante succede una lucidità quasi completa.

Sembra infine che anche la decomposizione delle *materie intestinali* dia luogo ad infezioni generali con disturbi mentali. WAGNER ha descritto casi di malattie mentali con concomitanti disturbi intestinali, in cui nelle urine si riscontrò acetone, altri elementi tossici urinari ed aumentata quantità di indacano. Anche SÖLDER (2) ha attribuito la causa di alcune forme morbose psichiche da lui os-

---

(1) ELSHOLZ, *Jahrb. f. Psych., XVII,* 144.
(2) SÖLDER, *Jahrb. f. Psych. XVII,* 147.

servate alla stasi fecale con decomposizione successiva del contenuto intestinale ed assorbimento tossico nel sangue. I quadri clinici presentati erano sempre stati di confusione con eccitamento, che furono indicati o come amenza o come delirio acuto. Non è possibile negare l'insorgenza di malattie corticali dall'assorbimento di materiali tossici di decomposizione intestinale, però è molto difficile nei singoli casi provare simile relazione e basarvi una cura, perchè nelle stesse manifestazioni morbose non si riconoscono, almeno finora, fatti caratteristici.

I rapporti tra *diabete* e *glicosuria* (1) e disturbi mentali sono stati in questi ultimi anni esaminati accuratamente. Un diabete molto grave non si riscontra frequentemente nei pazzi; si è riscontrato solamente nella paralisi progressiva, nell'alcoolismo e nella melanconia. Sembra però che spesso, nel diabete, si sviluppino modificazioni lievi della vita psichica, diminuzione mnemonica e della capacità psichica, irritabilità, depressione, minore operosità, sonnolenza, torpore psichico. Bisogna però considerare che il diabete si sviluppa regolarmente nell'età avanzata, ed è quindi spesso unito a malattie vasali, la cui partecipazione al quadro clinico può difficilmente essere ben delimitata. LAUDENHEIMER ha descritto anche una « pseudo-paralisi diabetica » caratterizzata dall'unione di una pronunziata debolezza mentale con isolati disturbi nervosi caratteristici, quali esitazione nella parola, emiparesi, attacchi epilettoidi, aumento dei riflessi tendinei; tutti fenomeni che possono migliorare notevolmente con la cura antidiabetica. Prendendo in considerazione il coma diabetico appare possibile che il diabete possa dare anche più gravi disturbi cerebrali; ma sono necessarie ancora altre osservazioni e specialmente di reperti anatomici, per poter sicuramente concludere in simili casi.

La glicosuria si riscontra di certo più frequentemente nei malati mentali che nei sani, specialmente subito dopo il delirium tremens e durante gravi stati ansiosi; io riscontrai recentemente la glicosuria in due casi nei quali mi sembrò giusto fare la diagnosi di alterazione vasale sifilitica. RAIMANN trovò diminuita la capacità di consumare lo zucchero introdotto nella melanconia, nella demenza senile, nella paralisi progressiva, nella fase terminale del delirium tremens, e nel gruppo, etiologicamente poco chiaro, delle amenze. Sembra perciò

(1) BOND, *Journal of mental science*, 1896, Januar, April; — LAUDEN HEIMER, *Archiv f. Psych.*, *XXIX*, 2; *Berl. klin. Wochenschr.* 1898, 21; — RAIMANN, *Zeitschr. f. Heilkunde*, *XXIII*, 2, 1902.

che la glicosuria alimentare si produca con grande facilità in quelle forme mentali nelle quali noi possiamo pensare che esistano modificazioni morbose del ricambio materiale. Specialmente dagli autori francesi ed inglesi è stata invocata la *diatesi urica* (1) quale causa importante per la produzione di stati morbosi psichici. L'accumulo di acido urico nel sangue può produrre da una parte la nevrastenia, oppure può essere la causa efficiente di stati ansiosi. Lange ha messo in relazione stati depressivi periodici con le variazioni della secrezione dell'acido urico; a giudicare dalla descrizione deve essersi trattato di casi appartenenti alla forma maniaco-depressiva. Resta a vedere se in tali casi si tratti di rapporti causali o di semplici manifestazioni concominanti: a me sembra che la prima supposizione nelle forme maniaco-depressive non sia per molte ragioni verosimile.

Ci muoviamo sopra un terreno più sicuro quando discutiamo sulle relazioni che passano tra i disturbi mentali e le malattie della *glandola tiroide,* perchè le esperienze sugli animali ci hanno dato schiarimenti preziosi. Sappiamo intanto sicuramente che la mancata funzione della glandola tiroide arreca le più gravi conseguenze sulla vita psichica. La distruzione e la trasformazione patologica di questa glandola, produce nei giovani la degenerazione di tutto l'organismo, come si osserva nei cretini; la quale trasformazione noi possiamo produrre anche artificialmente negli animali.

Per contro, negli adulti dopo l'ablazione di tutta la glandola tiroide si ha il quadro della cachessia strumipriva, che consiste essenzialmente in una continua progressiva demenza con disturbi mixoedematosi della pelle e con fenomeni nervosi di irritazione (spasmo, tetania). Molto simile a tale quadro morboso è il mixoedema spontaneo che si ha in seguito ad atrofia od a distruzione patologica di tutta la glandola tiroide. In questi casi ad una demenza più o meno grave si unisce spesso uno stato di depressione psichica e perfino, vivi stati d'angoscia. Il fondamento comune di tutti questi disturbi, risiede molto probabilmente, in un accumulo di materiali nel sangue, i quali dovrebbero essere distrutti dalla attività della glandola tiroide.

Al contrario dobbiamo ammettere che i disturbi osservati nel *morbus Basedowii* (2) siano prodotti dall'aumento patologico e forse anche

(1) Kowalewsky, *Centralb. f. Nervenheilk.* 1901, 503.

(2) Buschan, *Die Basedowsche Krankheit.* 1894; — Möbius, *Die Basedowsche, Krankheit.* 1896, 32 *ff;* — Maude, *Journal of mental science,* 1896, Januar; — Homburger, *Über die Beziehungen des Morbus Basedowii zu Psychosen und Psychoneurosen. Diss. Strassburg.* 1899.

dalla modificazione della secrezione della glandola tiroide; essi, almeno in parte, sono identici a quei fenomeni che vediamo prodursi nel sano e nell'infermo per l'introduzione di preparati di glandola tiroide. Le manifestazioni psichiche consistono in una diminuzione della resistenza psichica, aumento dell'eccitabilità emotiva, in umore gaio o depresso rapidamente cangiante, delirii passeggeri, idee di gelosia, auto-accusa, irrequietezza, grande facilità di stanchezza, insonnia. Sembra che alcuni sintomi della malattia di Basedow, quali ad esempio il tremore, lo struma, l'esoftalmo, la trachicardia, si riscontrino frequentemente durante lo sviluppo della dementia praecox, se pure non mi inganno, per la frequente tendenza nei nostri paesi alle malattie della glandola tiroide.

Tali fatti, che ci danno la prova più precisa dell'importanza che può avere un organo poco appariscente sul ricambio materiale, lasciano supporre che anche altri organi, potrebbero in date circostanze, dar luogo a simili autointossicazioni. Già Vassale ha dimostrato come possa avvenire la morte per la distruzione dell'*ipofisi;* e per di più si sa che i tumori dell'ipofisi si accompagnano frequentemente coll'acromegalia. In questi casi si possono aggiungere anche disturbi psichici, debolezza mnemonica, incapacità al lavoro, ottusità emotiva, fino al completo stupore; a volte anche agitazione. Però rimane a vedere quanto debba essere attribuito al tumore come tale e quanto alla distruzione dell'ipofisi.

Fino ad ora non possiamo dire che cosa si concluderà proseguendo in questi studii. A me sembra però che possa fin da oggi dirsi che il grande gruppo dei processi demenziali offra tali caratteristiche, che potrebbero bene far supporre che si tratti, in tali casi, di processi di autointossicazione. Inoltre si è spesso ventilata la supposizione che in certe forme di epilessia esistesse un lento accumulo ed una subitanea secrezione di alcune sostanze del ricambio materiale.

E' probabile che anche i disturbi regressivi psichici dell'età senile siano accompagnati da modificazioni patologiche del ricambio materiale e delle sue conseguenze.

Avvelenamenti. — La maggior parte dei veleni che possono infiuire sulla nostra corteccia cerebrale hanno la facoltà di ledere in modo speciale alcune speciali capacità psichiche. Tali differenze non si hanno più quando gli avvelenamenti hanno un rapido effetto mortale; in tali casi la estesa lesione del tessuto nervoso induce immediatamente la completa perdita di coscienza. Se invece l'azione è lenta e meno grave si sviluppano disturbi psichici che rapidamente

compaiono e scompaiono, e dal loro modo di essere si può concludere subito sulle loro cause tossiche, specialmente poi quando si possono mettere in rilievo i fenomeni somatici concomitanti. La maggior parte degli avvelenamenti acuti della corteccia cerebrale sono legati ad un certo offuscamento della coscienza e quindi somigliano ai disturbi mentali dell'ebbrezza oppure, se sono uniti a disturbi psico-sensoriali, ad uno stato delirante. A dire il vero, per la rarità di simili avvelenamenti noi conosciamo molto poco gli effetti psichici caratteristici di ogni singolo veleno, però tutto ciò che noi finora sappiamo su tale quistione ci induce a ritenere molto probabile un'azione caratteristica di ciascun veleno. Osservazioni esatte sono state fatte coll'alcool, la caffeina, il trional, ed il bromo; osservazioni non complete con la morfina, la paraldeide, il cloralio idrato, l'etere, il nitrito di amile, il cloroformio, la cocaina ed il tabacco; e già tali esperienze hanno dimostrato come l'azione psichica di ciascuno di questi veleni non sia completamente uguale benchè essi siano in stretta parentela clinica. Tale fatto corrisponde completamente ai risultati di NISSL che trovò che i mutamenti cellulari, negli avvelenamenti a decorso lento, avevano un carattere determinato secondo la qualità del veleno introdotto.

Con avvelenamenti di più lunga durata, come avviene a volte con le sostanze nervine alimentari ed in alcuni mestieri, si sviluppano stati permanenti di debolezza psichica, spesso uniti a manifestazioni nervose alle quali si dà il nome di « pseudoparalisi ». Possiamo ritenere che anche simili stati variino secondo la qualità del veleno, benchè ancora si sappia molto poco delle loro caratteristiche. In generale tali quadri morbosi se non sono uniti ad avvelenamenti acuti recidivanti, sono poco pronunziati perchè sono predominanti le manifestazioni di deficit. Non è stato finora possibile di riscontrare modificazioni patologiche cellulari caratteristiche per i diversi veleni nei casi di avvelenamento cronico. Tali veleni che ledono oltre la corteccia cerebrale anche altri organi, possono talvolta provocare disturbi psichici indiretti, che non hanno più alcun rapporto con la causa venefica primitiva, come avviene nel delirio uremico od itterico. Tale è probabilmente l'origine del delirium potatorum che presenta fenomeni diversi dall'ubbriachezza.

Un primo gruppo di avvelenamenti da considerare sta in intimo rapporto con la nutrizione del popolo. È questo il gruppo dato dalla *pellagra* (1) che si riscontra specialmente nell'Italia setten-

(1) LOMBROSO, *La pellagra,* 1892, *deutsch* v. KURELLA, 1898; — BELMONDO, Rivista sperim. di freniatria, XV, XVI; — TUCZEK, *Klinische und anatomische Studien*

trionale, nella Francia meridionale, nella Spagna settentrionale ed in Rumania. In tale malattia che ha per sintomi: gravi disturbi digestivi, atrofia della mucosa intestinale, dimagramento ed eruzioni cutanee, devesi certamente trattare di un avvelenamento cronico, che per lo più è causato dall'ingestione del mais avariato; come causa adiuvante è da prendere in considerazione la miseria. Probabilmente si ha a che fare con un veleno organizzato, perchè è stata osservata la trasmissione da persona a persona ed anche una influenza ereditaria, e per di più si hanno ricadute benigne quando anche tutte le dette influenze sono state da lungo tempo allontanate. Alcuni esperimentatori affermano che la malattia non sia legata alla nutrizione da mais e che essa si sviluppa lentamente. I disturbi mentali consistono in una aumentata eccitabilità psichica, poi si ha depressione fino allo stupore con grande tendenza al suicidio, e passaggio alla demenza, ed infine confusione con agitazione che può aumentare nel cosidetto tifo pellagroso fino ad un grado pericoloso per la vita. Se tutte queste forme costituiscono una unità clinica, e se sono solo causate da azioni tossiche, è ancora dubbio. Nel midollo spinale si riscontra sclerosi dei cordoni posteriori e laterali, ed anche sclerosi a piastre disseminate; i fenomeni clinici di tali lesioni consistono nell'aumento dei riflessi patellari, paralisi e debolezza nelle gambe, deambulazione spastica o paretico-spastica.

Per la sofisticazione della farina di grano per mezzo della farina di segala cornuta, si manifesta, per fortuna molto raramente da noi, l'*Ergotinismo* (1) che spesso s'accompagna a disturbi psichici. A volte hanno solo l'apparenza di delirii da avvelenamento; però nella maggioranza dei casi si sviluppano stati morbosi di lunga durata, che però sempre, anche quando durarono lungo tempo, guariscono con una cura adatta. Tali stati presentano come disturbi psichici: diminuzione della capacità intellettiva, maggiore o minore offuscamento della coscienza fino a stupore, rallentamento del pensiero, debolezza mnemonica, confusione, stati ansiosi e profondo senso di malattia. A volte si presentano disturbi nell'articolazione della parola; i riflessi patellari spariscono, per riapparire nei casi a decorso favorevole. In seguito si ma-

---

über die Pellagra, 1893; — Finzi, Bollettino speciale del manicomio provinciale di Ferrara, XXIX, 1901; — v. Zlatarovic, *Jahrb. f. Psych. XIX*, 283.

(1) Siemens, *Archiv für Psychiatrie, XI*, 1 *u.* 2; — Tuczek, *ebenda, XIII*, 1; *XVIII*, 2; — Jahrmärker, *ebenda, XXXV*, 109.

festano convulsioni epilettiche, determinando in circostanze speciali una forma epilettica progressiva. In molti casi, all'autopsia, si riscontrò la sclerosi dei cordoni posteriori del midollo spinale.

La parte più importante per l'origine delle psicosi da avvelenamento è data dagli alimenti e tra questi il più interessante è per noi l'*alcool*. (1) Varia secondo i popoli e secondo le circostanze la media dei malati che vengono condotti al manicomio per abuso di alcool: essa è del 10, 30, fino al 40 per 100 di tutti i malati mentali. Gli uomini ne sono colpiti 10 volte più delle donne; solo nella bassa società le donne presentano una percentuale più alta.

La razza germanica, come già narrava TACITO, sembra inclinata in modo speciale all'abuso dell'alcool. Questo è ora divenuto un pericolo sempre crescente, ed è divenuta una questione vitale, da quando i progressi della tecnica han fatto sì che si produca sempre maggiore quantità di alcool concentrato ed a buon prezzo, sicchè oggi riesce facile anche al più povero di ubbriacarsi. È per tale ragione che quasi dovunque, negli ultimi decenni, è aumentato il consumo dell'alcool. Solo nella Scandinavia, ove circa 50 anni or sono l'alcoolismo aveva preso dimensioni terribili, si è riusciti a combattere il tremendo nemico con adatte misure, sicchè oggi nella statistica dell'alcoolismo la Scandinavia occupa uno dei migliori posti. In tutti gli altri paesi e segnatamente in Germania, l'alcoolismo è in rapido ed effettivo aumento. Una importanza sinistra hanno per la produzione dell'alcoolismo le grandi città con le loro numerose e popolose fabbriche e con il grande numero di bettole. Così avviene che in Prussia nel 1887 si spesero solo per il consumo di schnaps (specie di acquavite) non meno di 221 milioni di marchi, e per tutte le bevande alcooliche 867 milioni di marchi, mentre le tasse totali dirette dello stato ammontano a 150 milioni di marchi, e perciò ad $^1/_5$ od $^1/_6$ della somma spesa per gli alcoolici! Il consumo della birra in Germania è aumentato dal 1872 al 1900, da 81,4 a 125 litri a persona. Non sono pochi gli operai tedeschi che spendono il 17 od il 20 per cento dei loro guadagni giornalieri in alcool. Io conobbi un facchino che spendeva circa 400 marchi all'anno per comperare alcool. Come cattivissimo segno bisogna considerare che negli ultimi anni è aumentata anche la partecipazione del sesso feminile all'alcoolismo.

---

(1) BAER, *Der Alkoholismus*, 1878; *Die Trunksucht und ihre Abwehr*. 1890; — SMITH, *Die Alkoholfrage*. 1895; — GROTJAHN, *Der Alkoholismus*. 1898; — HOPPE, *Die Tatsachen über den Alkohol*, 2. *Aufl*. 1901; — MATTI HELENIUS, *Die Alkoholfrage*. 1903.

Le bevande alcooliche più nocive sono certamente lo schnaps, specialmente quando vien fatto con l'alcool di patate, che spesso oltre l'alcool etilico contiene anche alcooli più tossici quale è l'alcool amilico; e l'absinth (olio etereo dell'artemisia absynthium) l'uso del quale è diffusissimo nella Francia meridionale e nell'Italia settentrionale. Nei paesi della Germania meridionale, dove è esteso l'uso della birra, come negli altri paesi ove la bevanda alcoolica è il vino, non si riscontrano neppure lontanamente le gravi forme di alcoolismo che si hanno nel Nord-Est della Germania, ove il più importante alimento alcoolico dell'operaio è l'acquavite di patata. Vero è che la minore tossicità della bevanda più debole viene compensata spesso con la maggiore quantità consumata; sembra pure che l'azione caratteristica dell'alcool diminuisca col diminuire della concentrazione della bevanda. Inoltre il bere la birra in enorme quantità, porta con sè un altro grave inconveniente, perchè l'eccessiva ingestione di liquidi freddi produce effetti nocivi sullo stomaco, sui reni, sugli organi della circolazione e sul ricambio materiale.

La importanza causale dell'alcool per la produzione dei disturbi psichici, risiede sopra tutto nell'avvelenamento della corteccia cerebrale. Gli esami fatti sugli animali hanno dimostrato che ripetute dosi di alcool, che in dose singola non sarebbe mortale, possono produrre estese e profonde modificazioni morbose delle cellule nervose della corteccia. Tale risultato corrisponde perfettamente alle ricerche psicologiche sugli alcoolisti compiute da Furer (1) e Rüdin, (2) che asserirono che gli effetti susseguenti ad una modica ubbriachezza potevano durare ancora nel campo psichico del soggetto sul quale si esperimentava dopo 12, 24 ed anche dopo 48 ore. Tali effetti consistevano ugualmente come nei casi acuti, in una diminuzione della capacità psichica, in una aumentata eccitabilità motrice e nella tendenza alle associazioni consuete ed a quelle di suono.

Con l'uso permanente dell'alcool, si debbono naturalmente, in modo lento, accumulare gli effetti delle singole dosi. Infatti non si può dubitare che nel cervello dell'alcoolista si abbiano infine delle modificazioni che hanno una durata molto più lunga che non quelle che sono dovute ad una solo ubbriachezza. Io ho potuto constatare in uno strenuo bevitore, che anche dopo un periodo di 15 giorni di completa astinenza esisteva una forte diminuzione della capacità di con-

---

(1) Fürer, *Bericht über den V. internat. Kongress zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke in Basel,* 1896, 355.

(2) Rüdin, *Psychologische Arbeiten, IV,* 1 *u.* 495.

cezione, e probabilmente un aumento dell'eccitabilità psicomotrice. È difficile poter dire a priori, con quale rapidità possono avvenire tali modificazioni, è però certo che in ciò ha una parte considerevole la personale capacità di resistenza. Secondo Smith (1) una quantità giornaliera di alcool, quale è quella che è contenuta in 2 litri di birra, procurò già al secondo giorno una diminuzione permanente della capacità al lavoro psichico. Vero è che interrotto dopo 12 giorni l'uso dell'alcool, tale disturbo scomparve subito, però ripreso dopo 7 giorni l'uso delle bevande alcooliche, l'influenza del tossico si manifestò subito in modo nettissimo fino dal *primo* giorno. I risultati di Kürz (2) sono completamente simili. Da tali esperienze, — che hanno dato i medesimi risultati a quattro autori, possiamo concludere che l'effetto permanente, successivo all'ingestione regolare di una data quantità di alcool, si ha in un tempo relativamente breve. Tali modificazioni possono rimanere per lungo tempo piccolissime, non di meno possiamo con le suddette esperienze, formarci una idea del modo con il quale si iniziano i primi leggeri disturbi dell'alcoolismo cronico. Esse ci sono di aiuto anche per rispondere alla quistione importante: chi deve essere considerato alcoolista? Gli effetti permanenti dell'alcool bevuto regolarmente, si manifestano con grande rapidità quando l'intervallo tra l'ingestione di due modiche dosi di alcool è minore di uno o due giorni; e quindi possiamo concludere che si potranno trovare i segni di una modificazione psichica nella maggior parte dei soggetti che ingeriscono 80-100 gr. di alcool pro die. L'esperienza ci insegna anche che spesso, rinunziando ogni giorno ad una moderata quantità di alcool, si ha un notevole miglioramento su tutte le capacità al lavoro, e sullo stato generale della salute. È molto poco conosciuta la parte che ha l'abitudine sull'ingestione di alcool, nè sembra che la durata dell'astinenza in persone, — che prima bevevano modicamente, — abbia una influenza essenziale sulla suscettibilità per l'alcool. All'incontro è fuori dubbio che gli effetti acuti dell'alcool diminuiscano in quei soggetti che bevono regolarmente grandi quantità di bevande alcooliche, d'altra parte nei vecchi bevitori aumenta la suscettibilità per il tossico. Riguardo alle manifestazioni abitudinarie, — che sono però più pronunziate per altri tossici, possiamo supporre che si tratti delle conseguenze durevoli dell'alcool sul nostro tessuto nervoso, che non hanno il signi-

(1) Smith, *Bericht über den V. internat. Kongress zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke in Basel,* 1896, 341.

(2) Kürz *und* Kraepelin, *Psychologische Arbeiten, III,* 417.

ficato, come avviene in seguito ad un maggior esercizio di un organo, di aumentata resistenza; invece, — come avviene per l'indifferenza alla morfina, indicano modificazioni morbose.

Con l'abuso più forte e più durevole dell'alcool si hanno di regola, — oltre alle manifestazioni sul cervello e sulla vita psichica, modificazioni più o meno gravi nei diversi organi, e specialmente sono i vasi sanguigni quelli che vengono innanzi tutto colpiti. In tal modo si manifesta una grave infermità, nella quale la regressione avviene solo lentamente, ed è possibile solo fino ad un certo grado. Tale stato morboso generale può produrre gravissime conseguenze, — specialmente perchè sembra che l'influenza nociva si continui nei *discendenti*.

Demme (1) per portare maggiore luce su questo problema, ha osservato per 12 anni i bambini appartenenti a 20 famiglie, divise in due gruppi. Al primo gruppo appartenevano i figli di genitori alcoolisti, al secondo quelli dei genitori sobrii. I bambini del primo gruppo furono in totale 57, dei quali solo 10, cioè il 17,5 per cento completamente normali; tutti gli altri soffrivano di forme morbose degenerative: deformità, nanismo, corea, epilessia, idiozia; 25 morirono nei primi mesi di vita. Dalle famiglie con genitori sobrii nacquero 61 bambini. Di questi solamente 5 morirono; 4 soffrirono in seguito di malattie del sistema nervoso, due presentarono vizii di conformazione. I rimanenti 50, cioè l'81,9 per 100, rimasero sempre sani. Tali osservazioni provano in modo sicuro che la intossicazione alcoolica cronica nuoce non solo al soggetto alcoolista, ma anche tramanda le stigmate degenerative alle future generazioni. Tale fatto è bene illustrato dalle statistiche, le quali ci dicono che il 30 od il 40 per 100 degli alcoolisti sono figli di alcoolisti. Si può anche con grande facilità provare che nel 20 o nel 30 per 100 degli epilettici e degli idioti, ed in un numero anche maggiore di criminali, di forzati o di prostitute, i genitori erano alcoolisti. Secondo Bunge nelle famiglie degli alcoolisti scompare anche la facoltà di allattare. Da tutto ciò guadagna sempre più valore l'antico detto, che i bambini procreati negli stati di ubbriachezza sono degenerati; e si è anche affermato che la sicura inferiorità somatica e psichica dei figli illegittimi si debba attribuire in parte al fatto che probabilmente vennero procreati mentre i genitori erano ebbri.

Nella sua fatale azione sulle singole persone e sulle loro generazioni, l'alcool viene anche favorito da una quantità di fatti nocivi

(1) Demme, *Uber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus der Kinder*. 1891.

che sogliono spesso essere compagni all' abuso degli alcoolici. Lo schnaps (acquavite) è di preferenza la bevanda dei poveri che attendono dall'alcool di essere eccitati e riscaldati; per di più, spesso, deve sostituire il nutrimento; le necessità quotidiane della miseria sociale, della povertà, del nutrimento insufficiente, del cattivo stato igienico, ecc. rendono la sua influenza più facile. Così avviene che, — l'acquavite bevuta dapprincipio solo in occasioni determinate, cioè dopo grave fatica, nel giorno di paga o in allegre comitive di compagni, diviene a poco a poco un bisogno della vita, e allora l'individuo diviene un bevitore abitudinario, beve regolarmente l'alcool, giorno per giorno di più, durante e dopo il lavoro come alla Domenica, a casa e nella bettola. Ma al contrario l' alcool con la sua fatale influenza sul benessere somatico, psichico e sociale dell'alcoolista, apporta necessariamente lo sfacelo dell'economia domestica, e si forma così un circolo vizioso dal quale è impossibile sfuggire. Il pericolo di giungere a questa china è, a causa dell'azione esilarante dell'alcool e delle tentazioni disgraziatamente ovunque preparate, assai maggiore di quanto ordinariamente si crede.

Disgraziatamente non possiamo risparmiare qui un grave rimprovero alla nostra legislazione, che cioè si mantenga quasi completamente passiva contro l'aumentare dell'alcoolismo, anzi sembra quasi che lo protegga favorendo le diverse industrie dell' alcool. La legislazione si lascia trasportare in ciò dalla « opinione pubblica » che, in Germania desidera avere assicurato in tutti i modi il diritto di bere. Anche nella classe dei medici, che pur dovrebbero conoscere bene da tanti tristi esempii la fatale influenza dell'alcool, ve ne sono alcuni che con inconcepibile insipienza lodano questo triste nemico del popolo, che dicono serva come mezzo per rinforzare persone deboli, o i bambini. Avviene anche che soggetti robusti possono sopportare senza grave danno le nocive conseguenze di bevande alcooliche ingerite moderatamente od anche eccessivamente in una sola occasione; solo è da dire che il numero dei soggetti che per la loro costituzione debole o per altre sfavorevoli circostanze sciupano la loro salute e la loro fortuna è veramente eccessivo! E tutti noi non siamo che dei complici. Non c'è chi possa negare che non solo per il popolo, ma anche per le classi elevate, — si usi una grande indulgenza se pure non si veda di buon occhio l'abuso dell'alcool, ma tale indulgenza è senza dubbio una delle cause più importanti che lascia dilagare nel popolo questa epidemia di grande potenza e di grave danno.

Ogni anno pagano un ricco tributo all'alcool non solo i vaga-

bondi, gli scioperati e simile gente di poco valore, ma anche persone attive e di elevata intelligenza. Di preferenza però soccombono all'influenza dell'alcool soggetti deboli e senza carattere; ma non dobbiamo dimenticare chè è appunto l'alcool che diminuisce fino a distruggerla, la volontà e la capacità di resistenza dell'uomo, e che in tal modo si creano quelle condizioni favorevoli che rendono possibile la finale conquista da parte dell'alcool.

I quadri morbosi psichici prodotti dall'abuso dell'alcool, sono oltre l'ebbrezza e la demenza alcoolica, innanzi tutto il delirium tremens, la follia alcoolica, il delirio di persecuzione degli alcoolisti, e certe forme delle psicopatie di Korssakow. Negli stati recenti di agitazione maniaca di diversa natura, specialmente nei maniaci e nei paralitici, l'alcool produce generalmente un rapido e grave peggioramento di tutte le manifestazioni; ed anche in quei casi nei quali esiste una predisposizione all'epilessia, una moderata quantità di alcool può dar luogo a gravissimi disturbi psichici. Bisogna però ricordare che a volte la tendenza all'abuso di alcool non è la causa dei disturbi mentali, sibbene essa è una manifestazione della follia stessa.

L'*etere* (1) e la *paraldeide* (2) sono composti che hanno una formula chimica molto vicina all'alcool. L'etere già da parecchio tempo viene usato in grande quantità come surrogato dell'alcool per il suo basso prezzo, in Irlanda e nella Prussia orientale per lo più mistò all' acquavite, alcune volte viene assorbito per inalazione. Secondo Sommer nel 1897 vennero venduti nella circoscrizione di Memel a scopo di bevanda 8580 litri di etere. L'ebbrezza data dall'etere è più grave di quella dell'alcool, e sembra che produca come questo disturbi permanenti dei reni, del fegato, e la degenerazione grassa del cuore. Anche il *petrolio* e la *benzina* sono stati adoperati a volte come bevande per produrre l'ebbrezza, più raramente è stato adoperato il *cloroformio*.

L'azione della paraldeide sulla vita psichica è molto simile a quella dell'alcool. Solamente l'azione paralizzante sull'intelligenza e e sul pensiero giunge più rapidamente a gradi elevati; mentre l'agitazione psicomotrice tanto pronunziata nell'abuso da alcool, è relativamente leggera. Per questa ragione la paraldeide viene usata più come ipnotico che come alimento. Sono però conosciuti dei casi nei

---

(1) Sommer, *Neurol. Centralblatt, XVIII*, 194, 1899.
(2) Reinhold, *Therap. Monatshefte*, 1897, *Juni*.

quali a poco a poco sono stati ingeriti fino a 30-40 grammi di paraldeide al giorno, e le manifestazioni furono completamente simili a quelle dell'alcoolismo cronico; si aveva cioè scomparsa dell'appetito con susseguente diminuzione della nutrizione, diminuzione della memoria, della capacità al lavoro psichico, tremore. Alcune volte si sono osservati anche stati completamente simili al delirio degli alcoolisti.

Un avvelenamento cronico meno diffuso dell'alcoolismo ma che aumenta sempre in modo spaventevole, è il morfinismo, apparso in questi ultimi decenni e che si manifesta in seguito al largo uso di iniezioni di morfina. Anche con l'avvelenamento da morfina si ha una associazione di azioni paralitiche e di eccitamento sulla corteccia cerebrale; sembra che le prime siano massimamente a carico degli stimoli volitivi e le ultime delle percezioni e della capacità intellettiva. Già dopo alcune ore, il benessere iniziale dà luogo ad un tormentoso spossamento e ad un abbattimento che scompare solo con l'uso del rimedio stesso, e quindi, quando l'infermo può usare liberamente della morfina, si ha un continuo succedere di benessere apparente sotto l'influenza venefica, e di quel sgradevole stadio che segue all'ebbrezza morfinistica. Col tempo poi l'individuo si assuefa sempre più alla morfina, sicchè è dispoticamente obbligato ad aumentare, spesso in modo incredibile, la dose. In tal modo si afferma il quadro del morfinismo cronico con le sue gravi conseguenze sulle attività somatiche, psichiche e morali; su questo quadro ritorneremo in seguito svolgendolo più ampiamente e minutamente. Indubbiamente al morfinismo corrisponde il quadro dell'*oppiofagia* tanto comune nell'Asia orientale; sembra però che l'oppio favorisca più della morfina l'insorgere di stati sognanti gai ed a forti tinte.

Per mitigare le manifestazioni di astinenza nel periodo di divezzamento dei morfinisti si è adoperata negli ultimi tempi la *cocaina;* però ben presto si è compreso come tale rimedio sia anche più pericoloso della morfina. Il decadimento psichico dell'individuo che si abitua alla cocaina è più rapido di quello del morfinista, e anche di quello dell'alcoolista, e rapidamente si giunge ad un indebolimento elevatissimo di tutte le capacità psichiche e della capacità di resistenza; tutto questo va unito a fenomeni di eccitamento psicomotorio. Inoltre può svilupparsi con l'abuso della cocaina un caratteristico quadro morboso: la demenza cocainica. Nel Perù, suo luogo di produzione, la coca è un alimento preferito; anche in quelle regioni si conoscono bene le gravi conseguenze sulla costituzione somatica e psichica dovute al regolare uso della coca.

Nell' Asia anteriore e nell'Africa settentrionale è grandemente esteso l'uso di fumare l'*haschisch.* WARNOCK (1) riferisce che nella casa di salute di Cairo sopra 253 malati mentali, 80 presentavano forme di avvelenamento da haschisch, e di questi 5 appartenevano al sesso femminile. L'autore divide le manifestazioni morbose in tre periodi: dapprima si presentano i delirii acuti-fantastici, poi stati durevoli di agitazione ansiosa, infine stati demenziali con manifesta debolezza volitiva e aumentata irritabilità emotiva. Una malattia molto simile sembra che si presenti nella Siberia settentrionale in seguito all'ingestione abituale del velenoso *fungo moscario* (Agaricus muscarius).

Dei medicamenti che danno più frequentemente luogo a disturbi psichici ricorderemo i *sali di Bromo.* L'uso troppo prolungato di questi sali produce una diminuzione delle capacità psichiche fino alla completa demenza, tutto ciò accompagnato da manifestazioni paralitiche, inoltre si hanno disturbi digestivi, malattie bronchiali e la ben conosciuta acne; l'abuso del *sulfonal* che si è qualche volta osservato, produce considerevole rallentamento delle percezioni e del pensiero, smemoratezza, confusione, sonnolenza, e anche vertigini, atassia, debolezza degli arti inferiori, attacchi epilettiformi, parestesie, nausea, vomito e disturbi gastrici. Anche dopo l'uso dello *iodoformio* (2) sono stati osservati disturbi psichici, consistenti in stati di irrequietezza ansiosa, facilità al pianto, disturbi che possono crescere fino a raggiungere gli stati di confusione delirante con allucinazioni; se altri quadri morbosi riferiti possono essere rimessi tra le manifestazioni dovute allo iodoformio a me sembra dubbio. Esistono anche casi isolati di delirii dovuti ad avvelenamento per *atropina, chinino, acido salicilico, gas illuminante, idrogeno solforato, protossido di azoto,* ecc.

Maggiore importanza pratica hanno certi avvelenamenti dovuti a sostanze chimiche usate nei diversi mestieri. Al *mercurio* che si assorbe in enorme quantità nelle miniere, nelle fabbriche di specchi, od anche a volte, con le cure antiluetiche, si attribuisce la produzione di manifestazioni mentali con aumentata irritabilità, senso di terrore, indecisione, confusione, allucinazioni, sogni angosciosi ed insonnia. Su questi stati fondamentali si sviluppano forme di eccitazione di vario genere, oppure gradualmente si determina una diminuzione di tutte le facoltà psichiche; debolezza di memoria e di critica, ottusità emotiva,

---

(1) WARNOK, *Journal of mental science,* Januar 1903, 96.
(2) SCHLESINGER, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LIV.* 6.

abulia. L'*encephalopathia saturnina* (1) osservata specialmente nei pittori, fonditori di caratteri, e tipografi, produce dapprima dei delirii da avvelenamento, delirii a decorso acuto, con profondo offuscamento della coscienza ed allucinazioni, in seguito pronunciati stati di debolezza psichica con diminuzione di memoria, torpore emotivo, ansia, idee persecutive, inclinazione al suicidio ed accessi di violenza. Oltre a ciò si hanno, dolore di capo, attacchi epilettici, contrazioni muscolari, tremore, disturbi della parola, paralisi del radiale, e tutti gli altri sintomi caratteristici dell'avvelenamento cronico da piombo. NISSL ha esaminato le modificazioni delle cellule nervose che si hanno con la rapida introduzione del piombo nell'organismo.

Secondo mie osservazioni l'avvelenamento per mezzo del *fosforo* produce negli ultimi giorni di vita stati deliranti con confusione, variabilità di umore, e pronunziati disturbi parafasici, infine profondo coma. Le cellule corticali presentano fortemente colorata la sostanza non colorabile, la fine struttura cellulare non è più visibile, il contorno del nucleo diviene indistinto, ed infine le cellule scompaiono totalmente, oppure esse rimangono come forme vaghe senza struttura chiara, ma approssimativamente riconoscibili per i loro antichi contorni. L'*ossido di carbonio* (2) che toglie l'ossigeno all'emoglobina. e che produce stasi, emorragie e focolai di rammollimento cerebrale, produce dapprima gravi stati confusionali con delirii e perdita di memoria la quale spesso si estende anche al tempo precedente l'avvelenamento. In seguito però, alcuni giorni dopo che l'individuo si è ristabilito, può svilupparsi uno stato di debolezza mentale che si manifesta specialmente con grave debolezza mnemonica, offuscamento e torpore psichico che, a volte, è incurabile. La esistenza della emiparesi, la difficoltà nella parola e nei movimenti, l'aumento dei riflessi, stanno a denotare l'esistenza di gravi lesioni cerebrali.

Al *solfuro di carbonio* è stata attribuita una speciale importanza per la produzione di malattie mentali. (3) Esso, oltre a disturbi digestivi può dare dolore di capo, insonnia, debolezza mnemonica, e fenomeni neuritici. L'ispirazione dei vapori di simile gas nelle fabbriche

---

(1) JOLLY. *Charitéannalen, XIX;* PROBST, *Monatsschr. f. Psych., IX,* 444; — QUENSEL, *Archiv f. Psychiatrie, XXXV,* 612.

(2) GREIDENBERG, *Annales médico-psych., VIII,* 12, 58, 1900.

(3) HAMPE, *Über die Geisteskrankheiten infolge Schwefelkohlenstoffvergiftung* 1895; — REYNOLDS, *Journal of mental science, XLII,* 25; — LAUDENHEIMER, *Die Schwefelkohlenstoffvergiftung der Gummiarbeiter* 1889; — KÖSTER, *Archiv. f. Psych., XXXII* 569, 903.

di gomma può produrre una serie di differenti psicosi che a volte sono incurabili. A parte alcuni stati di eccitazione a rapido decorso e che rassomigliano all'ubbriachezza, i disturbi psichici finora osservati negli operai che respirano solfuro di carbonio corrispondono completamente in generale a quei quadri morbosi che si vedono comparire anche senza l'influenza di sostanze venefiche, e specialmente all'isteria e alla dementia praecox. Non mi sembra ben provato che in tali casi l'avvelenamento per solfuro di carbonio non sia stata che la causa occasionale dei disturbi. Infine bisogna ricordare le osservazioni di stati subitanei di agitazione simiglianti all' ubbriachezza che insorgono dopo avvelenamenti per *anilina, binitrotoluol e toluidina.* (1)

Malattie degli organi. — Uno dei capitoli più difficili e più dibattuti nella etiologia delle psicosi è la teoria sull'influenza che hanno le malattie degli organi sui disturbi mentali. La concatenazione è in tal capitolo molto intricata, nè si può sempre provare per quante osservazioni si facciano: quindi le diverse spiegazioni delle singole esperienze si debbono ai diversi giudizii personali di ciascun osservatore. Tra le malattie degli *organi di senso,* le malattie dell'orecchio sembra che abbiano specialmente un'influenza sulla produzione delle psicosi. A volte in casi nei quali si sono avute per lungo tempo allucinazioni uditive si riscontrano antiche malattie del'orecchio medio con modificazione della reazione elettrica dell'acustico, sicchè non si può fare a meno di ammettere una certa relazione tra il disturbo psico-sensoriale e la malattia dell'orecchio; la mania di persecuzione di questi infermi ricorda completamente la ben cognita diffidenza dei sordi. D'altra parte si è osservato che alcuni rumori che si avvertivano soggettivamente, a volte peggiorano e migliorano a seconda dello sviluppo dei disturbi psichici. (Esiste forse una causa comune?). Infine sono stati descritti stati di agitazione ansiosa nel decorso di acute malattie auricolari, o durante il peggioramento di malattie croniche dell'orecchio. Le malattie degli occhi, se non sono parziali manifestazioni di forme morbose cerebrali, non hanno in generale alcun rapporto con la pazzia.

Delle *malattie dei polmoni* abbiamo già ricordato la tubercolosi e le malattie febbrili acute, delle quali non può dirsi altro se non che per la diminuzione dell'area respiratoria e per il conseguente diminuito scambio gassoso, per la sensazione di oppressione nei disturbi enfisematici e specialmente nei disturbi asmatici possono avere un'influenza sul decorso dei processi psichici.

(1) Friedländer, *Neurol. Centralblatt. XIX,* 155, 294, 1900.

Sembra che le *malattie cardiache* (1) si riscontrino alquanto più frequentemente nei malati mentali che in altri soggetti; esse possono (come nell'ipertrofia del ventricolo sinistro) avere una certa importanza per l'insorgere di possibili palpitazioni, come anche (nei vizi valvolari scompensati, nella pericardite e nella degenerazione cardiaca) per la stasi venosa e per l'affievolimento generale della circolazione sanguigna. L'irritabilità emotiva dei cardiaci che si riscontra tanto frequentemente, può essere considerata come un accenno di tale azione, oltre a ciò è verosimile che il senso di oppressione e la palpitazione non siano senza influenza nella produzione di determinate forme morbose psichiche.

Smith in stati di ansia e di depressione di diversa natura, e specialmente in quelli dovuti all'abuso di bevande alcooliche, ha descritto casi di dilatazione considerevole del cuore, ma bisogna ancora attendere che le sue osservazioni vengano ratificate da altri osservatori per concludere sul loro significato causale. In ogni modo si deve dire che molti disturbi delle funzioni cardiache non sono la causa di malattie mentali, sibbene manifestazioni che accompagnano o seguono le diverse forme morbose psichiche. Così Reinhold trovò spesso, specialmente nei malinconici, leggiere irregolarità, e cioè scomparso o diminuito l'urto della punta, dilatazione del cuore, accelerata attività cardiaca, mutamenti nei toni valvolari, tutti disturbi che l'autore interpreta come conseguenze della malattia somatica che è il fondamento della depressione psichica. Egli pensa anzi che in tali casi si tratti di autointossicazione dovuta ai prodotti del ricambio materiale. Anche nella dementia praecox si riscontra usualmente un acceleramento od un intenso rallentamento dell'attività cardiaca, mentre nelle malattie psicogene l'eccitabilità cardiaca è generalmente aumentata. Nell'alcoolismo, nella paralisi progressiva, e nei disturbi mentali dell'età adulta, si riscontrano all'autopsia, gravi lesioni del muscolo cardiaco.

Poco conosciuta è finora l'importanza delle *malattie vascolari* per la produzione delle psicosi. Anticamente si aveva tendenza a riportare diverse forme della follia a fatti paralitici o spastici dei vasi cerebrali che causavano disturbi della nutrizione nei singoli campi corticali. Presentemente però si attribuisce una grande importanza alle vere malattie dei vasi, specialmente alle alterazioni luetiche ed arterio-sclerotiche. L'ispessimento e la rigidità dei vasi, la perdita dell'e-

---

(1) Witkowski, *Allgemeine Zeitschrift. f. Psychiatrie*, *XXXII*, 347; — Karrer in Hagen, *Statistiche Untersuchungen über Geisteskrankheiten*, 1876; — Reinhold, *Münchner Medizin, Wochenschr.*, 1894, 16.

lasticità ed a volte il restringimento e l'ostruzione del lume vasale, tutto ciò rende più difficile o sopprime del tutto la circolazione sanguigna; mentre poi la formazione di piccoli aneurismi e le emorragie possono determinare una diretta distruzione del tessuto cerebrale. Non si può mettere in dubbio che si riscontrino estese lesioni vasali di diversa natura nella lues cerebri, nell'alcoolismo cronico, nella paralisi progressiva, nella demenza senile e nei disturbi psichici di origine arterio-sclerotici; però ancora non si sa certamente per quanto esse siano la causa, o in quanto manifestazioni concominanti di tali forme morbose. Se anche l'intima dei vasi viene colpita si può supporre che vi siano modificazioni anche nello stesso ricambio materiale del sangue; anche perchè generalmente le modificazioni si estendono su vasti territori vascolari in altre parti del corpo.

In diverse forme della pazzia e specialmente nella paralisi progressiva, nella dementia praecox e nelle nevrosi da spavento, riscontriamo spesso i segni di una aumentata eccitabilità vasomotoria, facile arrossamento, dermografia fino alla produzione d'orticaria, ecc. Nei catatonici si sviluppa con straordinaria frequenza nel periodo stuporoso la cianosi al più alto grado. E poichè tale manifestazione non mostra assolutamente alcun rapporto chiaro con il grado dell'immobilità nella quale questi malati si mantengono, e poichè essa compare con molta minor frequenza in altre forme stuporose; è molto difficile che si tratti di stasi determinata meccanicamente, ma forse di paralisi vascolare di origine interna, forse anche di modificazioni del sangue stesso. Sembra anche che la continua oscillazione dell' equilibrio emotivo favorisca lo sviluppo di malattie vasali, e perchè, come dice Thomas, probabilmente la tunica muscolare vascolare viene lesa dai frequenti cambiamenti del lume vasale. Forse tale fatto ha una certa importanza nella follia maniaco-depressiva e nelle nevrosi da spavento, nel decorso delle quali si riscontrano facilmente fenomeni arterio-sclerotici.

Una grande importanza etiologica si è sempre attribuita alle *malattie degli organi della digestione*. In ispecie nella antica psichiatria, le emorroidi, la stasi nel sistema della vena porta, gli « sconcerti » intestinali, avevano una grande importanza. Certo è che l'influenza di leggeri disturbi digestivi sul benessere psichico generale è evidentissima specialmente nei soggetti con predisposizione nervosa. (1) Sembra che tale rapporto sia determinato da una parte dalla azione psichica di durature e sgradevoli sensazioni organiche, dall'altra da autointossicazioni,

(1) Herzog, *Archiv. f. Psych, XXXI,* 170.

o forse anche da mutamenti nella distribuzione generale del sangue dovuti a stasi intestinali. Per questa ultima ipotesi parla in favore la nota osservazione di Nicolai (del « Proktophantasmisten » della notte di Valpurga di Goethe), le allucinazioni del quale scomparvero in seguito a sottrazione sanguigna dall'ano. Si deve anche aggiungere l'importante fatto che cioè, — nelle malattie croniche dello stomaco e dell'intestino, la nutrizione generale è sensibilmente lesa. Disturbi digestivi, specialmente intasamenti, si riscontrano con grande frequenza in malattie mentali recenti, specialmente negli stati depressivi d'ogni natura; ma si debbono certamente considerare come una conseguenza delle irregolarità determinate psichicamente dalla ingestione del cibo, non come causa dei fenomeni psichici. Wagner (1) ha attribuito alcuni disturbi psichici acuti ad autointossicazione dovuta a materiali di decomposizione provenienti dall'intestino; egli trovò nell'urina acetone ed una serie di altre sostanze morbose; trovò anche aumentata eliminazione d'indacano. Unita a profondo abbassamento di tutte le capacità psichiche si ha spesso diminuzione nella secrezione di acido cloridrico nello stomaco; gravi oscillazioni nel contenuto in acido cloridrico del succo gastrico non sono rare in diverse malattie mentali. (2) È da supporre, che in alcuni casi osservati, — nei quali ad onta dell'enorme nutrimento e della fame eccessiva non aumenta il peso del corpo, si abbiano deficienti digestioni. Generalmente tali casi si hanno tra i paralitici e i catatonici. Parassiti intestinali possono produrre nei bambini stati di agitazione con delirio ed anche con prurito nei genitali e anomalie diverse nella disposizione psichica. In fondo però conosciamo ben poco di sicuro su tale argomento.

Delle *malattie renali* (3) hanno maggiore importanza quelle che producono avvelenamenti uremici acuti o cronici. Negli alcoolisti e nei paralitici si vede spesso comparire l'albuminuria passeggera o permanente Io però, oltre agli stati deliranti summenzionati, non posso ammettere l'esistenza di una ben distinta « follia uremica ».

È stata attribuita dagli alienisti grandissima importanza alle malattie degli organi genitali per l'insorgere della follia. E specialmente i miglioramenti sopravvenuti in alcuni disturbi nervosi e psichici in

(1) Wagner, *Wiener klinische Wochenschrift.* 1896.

(2) Leubuscher und *Ziehen, Klinische Untersuchungen über die Salzsäure, abscheidung des Magens bei Geisteskranken.* 1892.

(3) Hagen, *Allgem. Zeitschr. f. Psyshiatrie, XXXVIII,* 1; — Vassale, *Rivista sperimentale di freniatria, VXI,* 1890; — Auerbach, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LII.* 337.

seguito ad interventi ginecologici, hanno fatto pensare che vizi di posizione dell'utero, erosioni del collo, malattie dell'ovaia e dei tubi, prurito vulvare e vaginismo possano a volte produrre fenomeni psichici. (1) Da lungo tempo si è creduto, e si crede anche oggigiorno, che il complesso quadro clinico dell'isteria non sia altro che la manifestazione clinica di tali alterazioni a carico degli organi genitali. In verità si osservano abbastanza spesso sorprendenti miglioramenti, quasi veri miracoli in seguito alla rimozione di disturbi varii, or leggieri ed ora gravi. Non possiamo negare che spesso per le benefiche conseguenze operative, si abbia la rimozione di cause che hanno determinato effetti nocivi di irritazione sopra un sistema nervoso morbosamente irritabile; d'altra parte sappiamo anche con sicurezza che si può raggiungere il medesimo effetto con mezzi del tutto differenti, ed anche con mezzi assurdi. Ciò prova che in tali casi abbiamo a che fare essenzialmente con fatti *psichici* e quindi anche l'etiologia delle manifestazioni morbose si ritrova naturalmente nel campo psichico.

Infatti oggi noi possiamo affermare con sicurezza, per la nostra esperienza clinica, che le malattie degli organi genitali femminili conducono alla pazzia solo quando il terreno è abbastanza ben preparato dalla predisposizione morbosa. Questa è appunto la ragione per la quale i disturbi che hanno tale origine non presentano un carattere clinico uniforme: questo invece dipende completamente dalla costituzione del soggetto infermo; si tratta quindi, di solito, di una delle tante forme della psicosi degenerativa. Degno di nota è che le più gravi malattie degli organi genitali, i tumori maligni, producono relativamente di rado disturbi mentali. In tali stati morbosi si osservano al più quelle forme morbose psichiche che sogliono svilupparsi in seguito a gravi disturbi di nutrizione. Le malattie degli organi genitali degli uomini non sembra abbiano una grave importanza etiologica per lo sviluppo della follia.

Vita sessuale e procreazione. — La esistenza di strette relazioni tra funzioni sessuali (2) e vita psichica viene evidentemente provata dai caratteristici mutamenti che avvengono nella pubertà e nel periodo involutivo, come pure dalle oscillazioni dell'equilibrio emotivo che accompagnano anche nei sani le manifestazioni sessuali.

(1) L. Mayer, *Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen,* 1869; — Hegar, *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Kastration bei neurosen.* 1885; — Krömer, *Beitrag zur Kastrationsfrage, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII.* 1.

(2) Löwenfeld, *Sexuallebenlben und Nervenleiden,* 3 Aufl. 1903.

Si comprende perciò facilmente come i diversi sconvolgimenti e disturbi in questo campo, che del resto interessano tutto l'organismo e specialmente il sistema nervoso, possono produrre manifestazioni morbose anche nel campo della vita psichica.

In prima linea vengono imputati come cause della pazzia gli *eccessi sessuali e l'onanismo*. (1) Dalle osservazioni riferite bisogna naturalmente togliere quelle riguardanti infermi depressi, che hanno tendenza alla auto-osservazione e alla auto-accusa, i quali danno come cause delle loro sofferenze peccati giovanili accaduti molti anni prima; anche la lettura di quei libri che riferiscono con terribili colori le conseguenze dell'*onanismo* possono dare occasione allo insorgere di tali idee.

Non è possibile tuttavia negare completamente che tali cause possano realmente avere un' azione dannosa sul sistema nervoso, tanto più per la grande differenza nella capacità personale di produzione e di resistenza che si ha senza dubbio in questo campo. Sarebbe possibile anzitutto pensare (solo però negli uomini e in quelli giovani) che la perdita dello sperma abbia una certa importanza sulla nutrizione dell'organismo; ed inoltre che la frequente e forte eccitazione del sistema nervoso possa aumentare la sua irritabilità abbassando così la sua capacità di resistenza. Si deve poi richiamare l'attenzione sull'influenza demoralizzante che ha sopra la fermezza di volontà dell' uomo il dovere continuamente soccombere a istinti eccessivamente radicati. Sotto questi rapporti la masturbazione dovrebbe essere molto più dannosa che non il coito naturale, perchè giunge molto più spesso e più facilmente al suo scopo, che non quest' ultimo. Sono notevoli (specialmente in giovani donne) alcune isolate osservazioni, nelle quali il primo coito produsse forme acute di eccitazione e di depressione (« follia nuziale »). (2) Probabilmente in tali casi si tratta solamente dell'insorgere di forme morbose, già preparate, specialmente di quelle forme che appartengono al gruppo della follia maniaco-depressiva. Così in un caso da me osservato i sintomi della iniziantesi agitazione esistevano già prima delle nozze, e si sperava anzi stoltamente di poter guarire la malattia psichica con il matrimonio.

Nella grande maggioranza dei casi l'inclinazione ostinata ed inestirpabile alla masturbazione è senza dubbio indizio, ma non causa,

---

(1) Krafft-Ebing, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI,* 4.

(2) Dost, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LIX,* 876; — Obersteiner, *Jahrb, f. Psych XXII,* 313.

del disturbo mentale; in generale si tratta semplicemente di una ecci tabilità sessuale morbosamente aumentata. Ciò è certo per quei casi di idiozia e di demenza nei quali la masturbazione si inizia fino dalla prima infanzia, e resiste a qualunque misura educativa: ma vale anche per quella forma mentale che finora è stata considerata come forma psichica caratteristica degli onanisti.

I sintomi di questa consistono in progressiva diminuzione della capacità psichica, incapacità alla percezione e alla elaborazione psichica delle impressioni esterne, debolezza di memoria, mancanza di interessamento a tutto ciò che ne circonda, ottusità emotiva; in altri casi predominano i fenomeni di aumentata irritabilità; si hanno strane associazioni di idee, inclinazione al misticismo, all'esaltazione sentimentale, o umore ipocondriaco e depresso. A ciò si aggiungono spesso disturbi nervosi di varia specie, specialmente della sensibilità generale, ai quali non di rado si uniscono insensate idee deliranti di influsso demoniaco o di fatti fisici misteriosi (magnetismo, elettricità, simpatia). Da ciò si riconosce facilmente il quadro della Dementia praecox come si riscontra di preferenza nel periodo della pubertà. Alcuni fatti, come diremo in seguito, dimostrano che la vita sessuale ha una certa parte in questa malattia, ma non può dirsi davvero che sia causata dall'onanismo.

Esistono infatti numerosi entusiasti onanisti che non divengono mai ebefrenici, mentre in molti ebefrenici, e specialmente nelle donne, mal grado l'intensa grave eccitabilità sessuale, manca completamente l'onanismo. Tschisch crede che quel gruppo limitato della Dementia praecox al quale si è dato il nome di catatonia sia causato da autointossicazioni dovute all'*astinenza* sessuale. Egli si fonda sul fatto che i suoi infermi erano tutti giovani abitanti della campagna, di statura elevata, che non avevano mai avuto alcun contatto sessuale, e che si ammalarono tutti senza una grave causa esterna. A parte il fatto che un tale contrassegno permette difficilmente un aggruppamento clinico, e che molti catatonici hanno avuto regolare contatto sessuale o si sono dati lungamente alla masturbazione, non esiste secondo me alcuna osservazione che permetta di attribuire all'astinenza sessuale simile dannosa influenza sulla vita psichica. Se no, nelle signorine delle classi elevate della società si dovrebbe riscontrare un numero considerevole di catatoniche.

In generale negli individui sani diminuisce gradualmente dopo una prolungata astinenza la eccitabilità sessuale. Forse altrimenti avviene nei soggetti con predisposizione morbosa: in questi sembra che la lotta contro gli appetiti carnali nascenti possa produrre veri stati ansiosi. Una astinenza forzata, specialmente dopo aver presa l'abitudine ai sod-

disfacimenti sessuali, induce spesso all'onanismo, e quindi può essere nociva; d'altra parte osserviamo svilupparsi abbastanza spesso la masturbazione con tutto che vi sia regolare contatto sessuale. Quando l'astinenza è volontaria, allora essa deve essere considerata come effetto e non come causa di una disposizione morbosa; e spesso va unita ad incompleto stimolo sessuale, ed a volte ad incompleto sviluppo degli organi sessuali. Nell'etiologia di stati depressivi ed ansiosi sembra che abbiano una certa parte le frequenti eccitazioni sessuali senza una completa soddisfazione; come pure li vediamo insorgere non di rado col mettere in pratica il cosidetto « *sistema di avere due figli* ». Nel sesso femminile il processo della mestruazione è generalmente accompagnato da un leggiero aumento della irritabilità nervosa e psichica, che in alcuni soggetti può raggiungere gradi presso a poco morbosi (depressione esterna, forte agitazione).

Tali fatti sembra che vengano preparati nel periodo che precede la mestruazione, e quando questa giunge tutto viene compensato; per tale ragione si è parlato addirittura nell'organismo femminile di un « moto ondulatorio mestruale » (1) che si riflette pure sul contegno psichico. Quando per la prima volta compare la mestruazione può manifestarsi la predisposizione isterica od epilettica con deliquii, stati di eccitazione o crepuscolari. Tale sconvolgimento, non di rado dà occasione all'inizio delle prime e leggiere manifestazioni della follia circolare, che si manifesta in forma di depressione senza alcun motivo, o come leggiera eccitazione maniaca. FRIEDMANN ha inoltre richiamato l'attenzione su quei casi, del resto non molto frequenti, nei quali già prima che comparissero le mestruazioni, si potevano osservare stati di eccitazione confusionale di corta durata che comparivano ad intervalli regolari, i quali spariscono quando le mestruazioni si fanno regolari, e che quindi sono senza dubbio in rapporto causale con i prodromi dello sviluppo sessuale. Però secondo me, anche in questi casi si deve pensare che non si tratti se non che dell'inizio di una forma circolare, la quale più tardi, anche dopo molti anni, può ricomparire, per svilupparsi nel modo tipico.

Nel decorso dei disturbi psichici l'iniziarsi delle mestruazioni, e forse anche più le irregolarità mestruali, hanno senza dubbio una considerevole importanza. (2) Specialmente gli stati di eccitazione di ogni

---

(1) SCHÜLE, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVII*, 1; *Hegar, ebenda LVIII*, 357.

(2) v. KRAFFT-EBING, *Archiv. f. Psychiatrie, VIII*, 1; — POWERS, *Beitrage zur Kenntnis der menstrualen Psychosen*, *Diss.* 1883; — SCHÄFER, *Allgem. Zeitschr. f. Psych*, 1893.

genere sogliono in tale periodo iniziarsi od aumentare. Si conoscono anche casi di stati furiosi periodici che sono così strettamente legati al comparire dei menses, che si può parlare di una « follia mestruale »; clinicamente si tratta di quadri morbosi maniaci o catatonici. Si osserva bene spesso la interruzione della mestruazione nei casi di depressione circolare, ed anche più spesso nello sviluppo della Dementia praecox. Le mestruazioni ricompaiono generalmente quando lo stato morboso migliora o pure quando si inizia la completa demenza. Noi non sappiamo ancora se in tutti questi casi la sospensione delle mestruazioni abbia una importanza etiologica o se sia solo un fenomeno concomitante del processo morboso; forse oggi l'ultima ipotesi sembra che sia la più verosimile.

Infine dobbiamo attribuire al *climaterio* una infiuenza importante nell'insorgere dei disturbi mentali; perchè è certo che in tale periodo aumenta straordinariamente il numero delle malattie mentali nelle donne. Per spiegare tal fatto bisogna in primo luogo ricordare che in questo lasso di tempo cominciano i mutamenti del periodo involutivo che sono i prodromi della incipiente vecchiezza. Per tale spiegazione parla anche il fatto che pure nel sesso maschile, benchè non nella proporzione del sesso femminile, si riscontrano alla stessa età identiche forme cliniche di pazzia. Ad esse appartengono innanzi tutto la malinconia e la follia maniaco-depressiva che non raramente si inizia in questa età.

Manifestamente viene dimostrata la straordinaria importanza della vita sessuale sulla personalità psichica della donna in quel gruppo di disturbi mentali che insorgono e si sviluppano in relazione con i diversi processi della riproduzione della specie, vale a dire nella gravidanza, nel puerperio e nell'allattamento. (1) I dati sulla frequenza di tali cause quali efficienti di malattie mentali, sono discretamente differenti; il 14 per 100 in media di tutti i disturbi psichici, — che si riscontrano nei manicomii a carico delle donne, sono dovuti alle cause sudette; le *psicosi da gravidanza* si riscontrano nel 3 per 100. In tale periodo si invocano, specialmente, come relazioni causali, le modificazioni nella composizione sanguigna (diminuzione dei globuli rossi, dei sali, aumento di fibrina) e le modificazioni circolatorie del liquido nutritizio (formazione della circolazione placentare); forse anche una certa influenza può venire attribuita, specialmente nelle primipare ed in quelle che sono illegittimamente gravide, a cause psichiche (esser sospesa tra la speranza e la paura dei pericoli del parto, preoccupazioni, ecc).

---

(1) Fürstner, *Archiv. f. Psychiatrie*, V, 505; — Ripping, *Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden*, 1877.

Sotto il punto di vista clinico non abbiamo tuttavia in tali casi a fare con una unità clinica della follia; sibbene i singoli casi possono avere un significato molto vario. Avviene infatti non di rado che singoli casi di follia maniaco-depressiva, specialmente gli stati di depressione, siano determinati da sconvolgimenti nel periodo della gravidanza. Noi vedremo manifestarsi regolarmente attacchi ulteriori anche senza alcuna causa esterna; d'altro canto invece la forma psichica può ripetersi in successive gravidanze. In tale gruppo io mi sento inclinato ad ammettere anche quelle forme che generalmente vanno sotto il nome di melanconia periodica, perchè gli attacchi della follia maniaco-depressiva decorrono non raramente lungo tempo sotto il quadro della malinconia periodica. Decisamente più frequenti che i quadri morbosi or ora detti sono i casi di dementia praecox, in forma di depressione, di stupore o di eccitazione. Anche questi disturbi psichici si possono manifestare nelle diverse gravidanze, mentre nei periodi intervallari erano più o meno scomparsi; per lo più però ogni nuova gravidanza induce un rimarchevole peggioramento dell'intero stato psichico. Ugualmente antiche catatonie ed ebefrenie possono subire un nuovo impulso durante una gravidanza. Si vede anche a volte svilupparsi la paralisi durante la gravidanza, che qui naturalmente ancor meno che negli altri casi, ha una vera importanza causale per l'insorgere della malattia. Il parto non ha influenza speciale sopra alcuna delle suddette forme della follia; per lo più il parto avviene senza alcun speciale fenomeno concomitante; qualche volta si ha un peggioramento dello stato, e nella follia maniaco-depressiva a volte la depressione si cambia in agitazione. In nn caso da me osservato una donna in stato stuporoso partorì un bambino morto senza profferire parola, sicchè l'emorragia fu più tardi il primo segno del parto avvenuto.

Più che nel doppio dei casi si ritrova nella etiologia della pazzia il *puerperio* (1) (il 6-8 per 100 di tutte le malate che vengono ammesse al manicomio; ed un caso sopra 400 puerpere): anche l' aborto con forte emorragia può essere causa della pazzia. Più facilmente colpite sono le primipare; però anche qui noi dobbiamo distinguere tra queste forme morbose quelle che sono veramente prodotte dal puerperio, e quelle nelle quali esso agisce solo come causa occasionale. Alle prime sono da riportare quei subitanei,

(1) Hansen, *Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie*, *XV*, 1; Hoppe, *Archiv f. Psychiatrie, XXV*, 1. Sdarow, *Die puerperalen Psychosen vom, ätiologischen, Klinischen und forensischen Standpunkt.* 1896 (russisch); Aschaffenburg *Allgem. Zeitschr, f. Psych. LVIII*, 337; Meyer, *Berl. Klin. Wochenschr*, 1901, 31; Siegenthaler, *Jahrb. f. Psych*, *XVII*, 87.

violentissimi stati di agitazione delirante che possono insorgere durante il parto e che, per la grande inclinazione a commettere azioni violente, hanno una grande importanza forense; la loro durata è generalmente di poche ore. Per il loro sviluppo una gran parte deve essere verosimilmente dovuta ai dolori, all'emorragia, alle rapide modificazioni della circolazione, come anche agli effetti psichici del parto e ad alcuni disturbi ad esso inerenti. Una puerpera da me osservata in uno degli stati suddetti si gettò dalla finestra in una sottostante serra attraversando nella caduta una tettoia a vetri.

Altre strozzano i loro bambini oppure li lasciano perire non nutrendoli o non prestando loro le opportune cure. Forse qui si tratta spesso di stati crepuscolari epilettici od isterici, i quali possono essere occasionati dalla scossa del processo del parto anche in quelle persone nelle quali (altrimenti) si riscontrano solo insignificanti e fuggevoli segni di predisposizione morbosa.

Un secondo gruppo di psicosi puerperali ha un' origine *tossica.* I delirii eclampsici con la loro base uremica che sogliono manifestarsi già durante il parto o nei primi giorni dopo questo, appartengono a questo gruppo. Molto più frequenti sono i disturbi psichici che si manifestano nel periodo che corre tra il 5.° ed il 10.° giorno dal parto che hanno la loro ragione d'essere in malattie febbrili, mastiti, endocardite ulcerosa, perimetrite, processi settici o piemici. Gli ostetrici sono inclinati a riportare gran parte delle psicosi puerperali a tali infezioni. Si è tuttavia dimostrato che simili malattie non sono constatabili che in un terzo dei casi e certamente ancora più raramente esse sono le vere cause dei disturbi psichici. Però quandociò avviene noi vediamo in generale i quadri clinici dei delirii febbrili ed intettivi: stupore, disturbi psico-sensoriali, confusione sognante, eccitazione con ansia o gaia, sonnolenza e coma.

Ugualmente si trovano in stretta relazione causale col puerperio le *psicosi da esaurimento.* Esse forse debbono essere attribuite ai gravi sconvolgimenti che avvengono nei primi giorni dal parto (secrezioni, diminuzione di peso) i quali fenomeni sono facilitati, nella loro produzione, per lo più da altre influenze, quali la predisposizione nervosa, la cattiva nutrizione, le svantaggiose circostanze di vita. L'esaurimento nervoso, che solo a poco a poco può ripararsi, unito ad aumentata eccitabilità nervosa è una manifestazione concomitante tanto comune nel puerperio che è appena considerato come fatto morboso. Negli stati di esaurimento che si iniziano con estrema violenza, si può vedere insorgere un delirio da collasso che ha di regola decorso acuto. Non si può dire con sicurezza in quale proporzione siano da riportare al-

l'esaurimento o ad altre cause quelle forme cliniche di lunga durata che si sviluppano solo dopo una o due settimane e che sono di solito diagnosticate come amentia. Esse sono del resto abbastanza rare. Sono casi che ad una osservazione superficiale sembrano stati di confusione allucinatoria, mentre ad una esatta osservazione appaiono spesso come stati catatonici o maniaci.

Le forme morbose nelle quali il puerperio agisce solo come causa occasionale sono molto più frequenti che non le forme suddette, ed in primissima linea sono qui da ricordare le catatonie. La frequenza con la quale si sviluppano nel puerperio i quadri morbosi catatonici con stati di agitazione o di depressione e specialmente insieme a stati stuporosi, è invero molto sorprendente, ed anche gli stati di debolezza psichica catatonica già esistenti, in generale vanno peggiorando. Io ebbi occasione di osservare un caso nel quale una catatonia decorrente a tratti, dopo ciascun parto divenne più grave, finchè al quarto attacco produsse una profonda, definitiva demenza. Tali osservazioni risvegliano il sospetto che forse esista una speciale, profonda relazione tra il puerperio e la catatonia. Una tale idea è resa più probabile anche dalla predilezione che la catatonia ha per gli anni dello sviluppo e per l'età involutiva, ciò che fa del pari pensare che esistano influenze ancora oscure della vita sessuale sopra quello stato morboso. D'altra parte le catatonie del puerperio non sembrano distinguersi per nulla dalle altre forme, sicchè noi non siamo finora autorizzati a formare con queste uno speciale gruppo clinico attribuire perciò al puerperio una importanza maggiore di quella di una causa occasionale.

L'esempio della follia maniaco-depressiva che si manifesta nel puerperio quasi con la medesima frequenza della catatonia c'insegna ad essere prudenti in simili quistioni. Più frequentemente si presentano le forme depressive benchè non manchino le forme maniache. Non raramente vediamo ricomparire nei singoli puerperi gli attacchi in uno stesso modo, ma essi si manifestano quasi sempre, anche all'infuori dei parti, per altre cause o anche senza causa; questo è un segno che indica l'indipendenza del disturbo all'infuori di qualunque fatto nocivo occasionale. Anche qui le forme cliniche puerperali rassomigliano quasi completamente a quelle già conosciute. Gli stati di eccitazione maniaca e catatonica insieme a quei delirii da esaurimento e da infezione che si presentano con maggior rarità, rappresentano la grande massa delle cosidette « manie puerperali » le quali non danno perciò un quadro morboso unico ma abbracciano tutta una serie di stati morbosi che differiscono grandemente tra loro per il loro sviluppo ed esito.

A volte si vedono iniziare nel puerperio anche forme di *pazzia* di altra natura, così per esempio la paralisi; la relazione è anche qui naturalmente molto lassa.

In mezzo tra i disturbi psichici della gravidanza e quelli del puerperio stanno per la loro frequenza (4, 9 per 100 di tutte le donne ammesse nei manicomii) le forme morbose psichiche del periodo dell'allattamento. Qui la causa morbosa è data in primo luogo dall'esaurimento prodotto dal puerperio e dall'allattamento, forse anche tutti e due questi fatti agiscono sull'economia somatica per gli sconvolgimenti che inducono. In ogni caso noi abbiamo a che fare qui essenzialmente solo con l'insorgenza di disturbi psichici che già erano preparati; e per tale asserzione parla il fatto che qui la predisposizione morbosa sembra che abbia una speciale grave importanza. Anche le forme cliniche che vengono sotto l'osservazione dimostrano infatti simili concatenazioni. Infatti si presentano molto frequentemente i diversi quadri morbosi della pazzia maniaco-depressiva, e con grande facilità stati depressivi. Il periodo dell'insorgere dei disturbi va generalmente dal 3.° al 5.° mese dopo il parto.

2. Cause psichiche

Abbiamo già avuto spesso occasione di parlare nell' esposizione fatta fin qui, accanto all'azione diretta, somatica delle suddette cause morbose, anche della loro *influenza psichica.* Sotto questo punto di vista si è anche ammesso un gruppo intermediario tra cause somatiche e cause psichiche sotto il nome di cause miste. All'infuori delle nostre idee fondamentali, e che risultano con chiarezza, secondo le quali sappiamo che tutti i disturbi delle manifestazioni psichiche non possono essere legati ad altro che a disturbi della attività cerebrale, il vero modo di azione delle cause psichiche è ancora completamente sconosciuto, solo possiamo riconoscere con minore o maggiore verosimiglianza alcuni fattori della supposta relazione. Così avviene specialmente che l'influenza delle emozioni va unita regolarmente a mutamenti dell'*attività cardiaca,* della *circolazione* e della *respirazione,* come del resto l'esame sfigmografico lascia facilmente riconoscere anche dopo lievi emozioni; anche i *disturbi digestivi* sono spesso prodotti da cause psichiche come dimostra l'antica esperienza della mancanza di appetito dopo forte inquietezza o per gravi afflizioni. Il legame più importante per l'origine della follia da cause psichiche è certo la *scomparsa del sonno* la quale

non manca mai, tanto più importante perchè ad essa ordinariamente si uniscono disturbi di nutrizione. Quando il vivace eccitamento del cervello toglie la possibilità del riposo e quindi toglie il modo di ricompensare convenientemente i materiali nutritizi adoperati, allora si debbono presentare necessariamente mutamenti morbosi sotto forma di un progressivo esaurimento.

L'azione delle cause nocive psichiche è quasi sempre unita a quella dei varii indebolimenti somatici prodotti da miseria, privazione, cattivo nutrimento, modo di vita irregolare, eccessi di ogni genere, sicchè è affatto impossibile determinare nel singolo caso anche solo approssimativamente, la parte dovuta alle diverse cause per produrre il complesso sintomatico morboso. Griesinger è dell'opinione che in generale le cause psichiche per l'origine della pazzia siano più frequenti che non le cause somatiche. Al contrario, per parte mia, sono piuttosto inclinato ad attribuire alle cause psichiche, a parte forse la loro influenza sulla totale capacità di resistenza, il significato di causa determinante ed accelerante. Nei casi di pazzia preesistente noi vediamo senza dubbio non raramente che sensazioni psichiche hanno una evidente influenza sullo stato dei nostri malati; un esempio ricco d'insegnamenti viene specialmente dato dai peggioramenti dei maliconici e dei circolari in seguito alla visita dei loro parenti più cari.

In nessuna altra condizione forse il *carattere personale*, la sensibilità del malato hanno importanza maggiore che nell' insorgere della pazzia da cause psichiche. Certamente sappiamo che anche la capacità di resistenza somatica oscilla nei diversi soggetti in limiti piuttosto ampii, ma l'esperienza insegna che forse le differenze nel campo psichico sono ancora maggiori. Ed è appunto in queste varietà di elaborazione delle cangianti impressioni della vita, che si manifestano le indefinibili multiformità delle personalità psichiche, delle nature, dei caratteri e dei temperamenti! Così avviene che cause psichiche che da sole sono solo assai di raro capaci di produrre disturbi mentali in personalità sviluppate sane e robuste, costituiscono senza dubbio un elemento essenziale per la produzione della pazzia negli individui che presentano una predisposizione morbosa.

Emozioni. — Naturalmente hanno la più grande azione sulla personalità psichica quelle impressioni che sono legate a vive oscillazioni dell'equilibrio psichico. Il grado della parte intima che l'uomo prende ad una impressione si esprime giustamente con la forza delle emozioni che accompagnano questa impressione! La causa esterna dell'emozione è per sè indifferente; « ciascun sesso, ciascuna classe, ciascun

individuo » dice Griesinger « è colpito dalle sue ferite psichiche sul campo di battaglia a lui destinato dalla natura e dalle condizioni esteriori, e ciascuno ha anche un punto differente nel quale è più vulnerabile, una differente sfera dalla quale gli provengono nel modo più facile scosse violenti: per l'uno sarà il danaro, per l'altro la stima altrui, per un terzo i suoi sentimenti, la sua fede, il suo sapere, la sua famiglia e altri simili fatti ». Quasi esclusivamente sono qui da prendere in considerazione le emozioni *tristi:* noi sappiamo che esse possono produrre nell'individuo le scosse più forti e di più lunga durata, mentre le più forti emozioni prodotte dalla gioia sogliono presto cambiarsi in un senso di tranquillità per la felicità assicurata. *Angoscia* per una disgrazia che deve avvenire, *spavento* per un avvenimento inatteso, *ira* per una ingiustizia subita, *disperazione* per una perdita sofferta tutte queste sono le più forti scosse improvvise alle quali è esposto il nostro equilibrio psichico, e perciò sono spesso considerate come cause di profondi e durevoli disturbi. Appunto qui debbono avere grande importanza per l'origine della pazzia le manifestazioni somatiche concomitanti che sono ordinariamente presenti.

Malgrado ciò è oggi appena possibile porre in relazione causale determinate forme morbose psichiche con gravi emozioni o con le singole specie di queste. Si è spesso parlato delle psicosi da emozione, e si è concesso ad esse un posto clinico particolare; solamente io non sarei capace, secondo la mia esperienza, di caratterizzarle più esattamente, perchè se pure esistono, esse per il loro rapido decorso giungono molto raramente sotto l'osservazione dell'alienista. Spesso però udiamo che sotto l'influenza di una grave disgrazia questa o quella persona repentinamente comincia a parlare sconnessamente, a correre senza scopo, a minacciare i presenti; per lo più in tali casi si ha rapidamente morte. Simili casi ricordano il terrore che in circostanze sinistre può turbare la chiarezza dello sguardo e paralizzare i movimenti; le manifestazioni di panico che possono rapidamente trasformare una moltitudine in un gregge di animali stolti che corrono insensatamente alla loro rovina. Si deve però considerare che specialmente in quei casi a rapido decorso mortale hanno avuto di solito influenza oltre le scosse emotive anche gravi alterazioni di altra natura, e specialmente l'insonnia prolungata, l'eccessiva fatica psichica e somatica, la fame, il freddo, e le privazioni di ogni genere. E perciò forse, i delirii di angoscia hanno una certa parentela con gli stati dovuti all'esaurimento.

Al contrario quando hanno agito solo forti emozioni, il disturbo psichico porta con sè l'impronta delle forme isteriche della pazzia;

esso è anche spesso accompagnato come in quelle, da manifestazioni paralitiche e convulsive. Così io vidi una giovine esser colpita da uno stato di agitazione isterica della durata di alcuni giorni accompagnato da corea generalizzata, perchè era stata sorpresa in una avventura sessuale. Come forma speciale di queste sindromi morbose psicogene che insorgono in seguito a repentine violenti scosse psichiche è da ricordare la nevrosi da spavento, la quale si avvicina in molti punti all'isteria, ma che pure non può rientrare in questa. Inoltre appartengono a questi casi alcuni stati ansiosi che si ripetono regolarmente in certe circostanze, come un ricordo più o meno chiaro di determinate sgradevoli pratiche. Specialmente la predisposizione morbosa del soggetto ha una parte essenziale per l'origine di tutte queste forme psicogene.

Ancora più lassa è la relazione causale tra emozioni e disturbi psichici nelle altre forme della pazzia. I singoli attacchi maniaco-depressivi si uniscono, come ad altre cause, non raramente anche ad eccitazioni emotive. Però il colorito clinico dell'attacco è in tali casi affatto indipendente dallo stato affettivo che lo ha prodotto. La agitazione maniaca a colorito gaio può benissimo dipendere da una causa triste; e viceversa, io vidi una signora affetta da uno stato confusionale ansioso con tormentosi disturbi psico-sensoriali, stato che era insorto apparentemente per la gioia causata dal fidanzamento della figlia. Anche qui però molto tempo indietro si era manifestato un simile stato morboso. Nella melanconia, la cui produzione è legata spesso ad avvenimenti veramente tristi, sembra che esista una stretta intima relazione tra la depressione che si manifesta nei limiti normali e quella morbosa; però anche qui bisogna essere cauti nel giudicare, perchè spesso le emozioni apparentemente causali si dimostrano ad una esatta osservazione come morbose. Oltre a ciò la malattia si produce molto spesso senza alcuna causa riconoscibile.

Forse in più alto grado che non subitanee scosse, potrebbe una impressione emotiva *duratura* essere capace di produrre disturbi morbosi psichici. Probabilmente la nostra personalità psichica può superare più facilmente in generale le influenze che intervengono prontamente, ma che inducono disturbi di corta durata, che quelle lente e durevoli che inducono un continuo turbamento della disposizione dell'animo, che respingono gradualmente con pressione sempre maggiore ogni manifestazione libera e gioconda e che lasciano aumentare il senso di infelicità finchè diviene insopportabile. L'insonnia, i lenti disturbi nutritivi, digestivi e circolatorii possono qui essere riguardati come influenze somatiche, l'azione delle quali si unisce a quella delle cause

psichiche. A queste appartengono specialmente la *preoccupazione* con le sue varie forme tormentose, la *afflizione* per le disillusioni avute, l'*amore* infelice, la *separazione* da persone care e il trovarsi in condizioni di vita penose e differenti dall'abituale (nostalgia), in una situazione tormentosa, e finalmente il *pentimento* per falli commessi. Come a me sembra però queste cause nocive agiscono solo favorendo lo sviluppo della forma morbosa; esse preparano il terreno ad altre cause morbose. Uno speciale campo fertilissimo per l'azione di simili nocumenti è dato anche qui dalla predisposizione isterica; così si suole attribuire una grande parte dello spaventevole aumento di gravi manifestazioni psichiche dopo i disastri, alla lotta accanita ed irritante per l'esistenza. Anche le altre forme della pazzia degenerativa e specialmente le diverse forme degli stati ansiosi vengono molto influenzate nel loro inizio e nel loro decorso dalle eccitazioni emotive (1).

Sopra-affaticamento. — L'attività psichica e le emozioni dipendono dai processi vitali della nostra corteccia cerebrale; il senso di vivere che proviene da esse è una delle ragioni più importanti del nostro benessere. Però in circostanze nocive un eccesso di questi processi può danneggiare la nostra salute psichica. Dobbiamo però fin da principio fare una differenza fondamentale tra capacità intellettiva e capacità emotiva. Il semplice lavoro psichico conduce dopo un certo tempo all'affaticamento. Ciò che subbiettivamente accompagna questo, la stanchezza, costringe aumentando gradualmente, alla cessazione del lavoro, produce sonno e perciò procura in tal modo le condizioni più favorevoli per compensare il tessuto nervoso affaticato. Al contrario l'eccitazione emotiva non lascia più avvertire la stanchezza malgrado che esista un vero affaticamento. Si può perciò sotto l'influenza dell'eccitamento emotivo continuare nel lavoro, e ciò fino all'esaurimento, fino alla diretta lesione del fondamento della nostra vita psichica. Fino ad un certo grado succede questo in ogni lavoro psichico che noi intraprendiamo con un vivo « interessamento ». Il minore affaticamento nella capacità di produzione può qui essere compensato per qualche tempo da forti e ripetuti sforzi di volontà, dallo « stimolo »; e vediamo in tali circostanze manifestarsi abbastanza chiaramente nei primi stadii dell'esaurimento, accanto ad un deciso abbassamento della capacità al lavoro, i segni di una aumentata eccitabilità psichica per influenza emotiva.

È adunque innanzi tutto il lavoro che va unito ad *eccitamento emotivo,* che può ledere la salute. Quanto più vivace è da principio il tono sentimentale di un lavoro, e quanto più è in generale pronunciata

(1) Manacéine, *Le surmenage mental dans la civilisation moderne,* 1890.

la eccitabilità emotiva del lavoratore, tanto maggiore sarà nei singoli casi il pericolo che i segni della necessità del riposo rimangono dissimulati, e si produca perciò un vero stato di sovra affaticamento. Se tale processo si produce frequentemente od abitualmente non si possono allora compensare completamente le conseguenze del sovra affaticamento negli intervalli di riposo quotidiano; si giunge così ad un permanente aumento della eccitabilità emotiva, alla scomparsa della stanchezza e a una considerevole diminuzione della capacità psichica sino al permanente esaurimento. Il quadro clinico che si sviluppa quando questi disturbi raggiungono un grado patologico è quello della nevrastenia. Le forme più lievi di qnesta ciascuno le può bene osservare qualche volta in se stesso, quando una qualsiasi condizione della vita esiga un aumento delle sue attività psichiche (gli esami).

Nella vita pratica noi possiamo, malgrado le suddette gradazioni, dividere in certo qual modo il sovra affaticamento essenzialmente psichico da quello emotivo. Riscontriamo la prima forma specialmente negli scolari, negli studenti, nei dotti; la seconda, al contrario, è dovuta a soverchi impegni di ogni genere, e si riscontra negli infermieri, medici ecc. Eccessivo lavoro intellettivo induce serissimi pericoli solo forse in persone giovani o predisposte; di regola le manifestazioni nevrasteniche che possono comparire, scompaiono in generale facilmente con un adatto riposo. Dove al contrario il sovra affaticamento psichico è accompagnato da permanente tensione emotiva, dal sentimento di gravi responsabilità e forse anche da strapazzi od eccessi corporei noi incontriamo di solito più gravi e più durevoli modificazioni psichiche. Simile attività è quella che consuma rapidamente l'individuo, che diminuisce durevolmente la sua attività e la sua resistenza, e lo rende nell'istesso tempo apatico ed irritabile. Ciò forse noi vediamo in modo migliore nel personale di assistenza dei manicomii, i quali dopo un lungo servizio presentano quasi regolarmente i segni di una durevole lesione della loro personalità. Senza dubbio simili modificazioni formano il terreno più favorevole per l'insorgere di successive forme morbose psichiche; da una parte le forme isteriche, dall'altra le psicosi regressive; anche per l'origine della paralisi sembra che il sovra affaticamento emotivo abbia un certo significato.

Prigionia. — Tutta una serie di cause psichiche si trovano riunite nella prigionia e specialmente nella reclusione cellulare che secondo l'esperienza dà origine non raramente a disturbi psichici (1). Nella

---

(1) Gutsch, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XIX,* 1; Kirn, *ebenda, XLV,* 1; Rüdin, *ebenda, LVIII,* 447.

grande maggioranza dei casi esiste qui già una predisposizione morbosa più o meno grave, in parte dovuta alla degenerazione originaria, in parte a quella acquisita nelle varie vicende della vita (nascita illegittima, cattiva educazione, malattie, traumi, alcoolismo). A tutto questo vanno unite le speciali condizioni antiigieniche della vita carceraria (cibo uniforme e scarso, moto insufficiente, mancanza di aria libera), le conseguenze della detenzione preventiva, la perdita della libertà personale e sopratutto la solitudine che dà agio al prigioniero di occuparsi intensamente dei suoi pensieri e che gli fa sentire più vivamente l'ansia dell'avvenire, il pentimento del passato, per quanto meno egli è capace per il suo grado di coltura e per il suo carattere di una auto-educazione morale. L'esplosione della psicosi avviene a volte già nei primi giorni o nelle prime settimane (detenzione preventiva), più spesso dopo alcuni mesi; in certe circostanze dopo anni, oppure dopo una lunga vita di delinquente trascorsa avendo subito numerose prigionie senza essere caduto malato di mente. La reclusione cellulare ha la massima influenza dannosa e la cessazione di essa determina spesso, quantunque non sempre, una rapida scomparsa dei diversi segni morbosi. Tuttavia anche nella prigionia in comune si riscontrano abbastanza spesso disturbi psichici.

Con maggiore frequenza si osservano nel silenzio delle celle da isolamento quadri morbosi allucinatorii; specialmente forme che insorgono acutamente e che hanno un decorso rapido, per lo più delirii di persecuzione, più raramente idee di grandezza unite specialmente con allucinazioni uditive, violenti stati ansiosi e inclinazione al suicidio. Questi stati in parte indicati da Kirn come forme di melanconia acuta allucinatoria sono ritenuti da questo autore come psicosi speciali della reclusione cellulare. L'esatta osservazione clinica di un grande numero di simili casi ci ha dimostrato che per lo meno la metà di essi offre completamente i segni della catatonia come questa viene osservata anche fuori delle prigioni; è uguale anche l'esito in caratteristica demenza. In generale già da lungo tempo uno stato demenziale decorrente lentamente od insieme a lievi stati ansiosi precedeva la malattia acuta, oppure si trattava di precoci delinquenti abituali, nei quali poi una lunga prigionia aveva fatto sviluppare il quadro morboso allucinatorio-catatonico; più raramente, e allora spesso nella detenzione preventiva, esplose la pazzia in soggetti che fino allora non avevano mai mostrato alcuna predisposizione. Un altro gruppo secondo Rüdins sarebbe formato dagli alcoolisti con *delirium tremens* e con stati di indebolimento mentale a forma paranoide; inoltre dagli isterici, da alcuni paranoici, dagli imbecilli e specialmente dagli epilettici. In questi ultimi

si tratta di regola di stati occasionali di violento eccitamento con ansia ed allucinazioni deliranti o di semplice depressione irritabile (pazzia del carcere « ZUCHTHAUS-KNALL »), in un piccolo numero di casi si tratta di idee persecutive lungamente mantenute e psichicamente elaborate con vivaci allucinazioni uditive.

Tutti questi quadri morbosi si possono raggruppare senza speciale difficoltà con le forme che si osservano in soggetti che sono fuori delle prigioni. Esse si distinguono tutto al più per la grande vivacità delle allucinazioni uditive e per la ripetizione di alcune idee deliranti che si presentano frequentemente: l'idea di esser deriso, giustiziato, avvelenato, o viceversa di essere condannato innocentemente, di essere stato graziato e poi tenuto in prigione. All'incontro però oltre ai chiari quadri clinici, si osservano in numero più limitato forme che fino ad ora non sono bene spiegate e che probabilmente rappresentano manifestazioni caratteristiche della prigionia. A queste appartengono specialmente gli stati di agitazione allucinatoria che vengono e scompaiono rapidamente, che si accompagnano a pronunziate idee imperative: le quali non vengono invero ulteriormente elaborate in modo delirante, ma non vengono neppure corrette e sono mantenute durevolmente senza che si abbiano mai nè prima nè dopo i segni della demenza. Tali casi leggieri possono spesso decorrere nelle prigioni stesse. Si deve ancora con successive osservazioni giungere alla conclusione se qui si tratti di quadri morbosi indipendenti o soltanto di speciali forme di quadri già conosciuti. È certo però che le speciali condizioni della prigionia sono capaci di dare un certo colorito comune ai quadri clinici dei diversi processi morbosi.

GUERRA. — Un grandissimo numero di cause psichiche per la produzione della pazzia è dato dalla guerra. SOMMER (1) ha dimostrato che il servizio militare in tempo di pace fa ammalare essenzialmente solo i soggetti con predisposizione psicopatica, e che durante il servizio militare in tempo di pace non si ha un maggior numero di malati mentali di quel che non avvenga nel medesimo numero di borghesi; gli anni di guerra (2) vanno però regolarmente uniti ad un enorme aumento di malati mentali nell'esercito. La ragione di questa osservazione si trova in parte nell'accumulo aumentato delle cause occasionali special-

---

(1) SOMMER, *Allgemeine Zeitschr f. Psychiatrie, XLIII,* 13; STIER, *ebenda, LIX,* 1; ILBERG, *Über Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit,* 1903.

(2) *Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich* 1870-71, *Bd, VII.*

mente delle ferite alla testa e delle malatie acute, principalmente però nelle lesioni croniche che sono prodotte dal sovra affaticamento somatico, dall'insonnia, e da profondi e durevoli eccitamenti emotivi. I quadri clinici sono corrispondentemente a ciò, da una parte gravi disturbi nevrastenici e psicosi da spavento; d'altra parte psicosi da commozione cerebrale, da esaurimento, epilessia e specialmente la paralisi che ha la sua origine dalla sifilide che si contrae con tanta facilità durante la guerra. Abbastanza spesso la pazzia (e specialmente la paralisi) si sviluppa in seguito alle suddette cause nocive soltanto dopo molto tempo, e per lo più ha poi un decorso subdolo e sfavorevole.

Contagio psichico. — Infine dobbiamo noi ricordare ancora quel processo così detto impropriamente del « contagio psichico », cioè la diffusione dei disturbi psichici per mezzo del contagio. Che certi semplici movimenti involontari, quali lo sbadiglio, il riso, il raschio, la tosse, il vomito, possono essere generati per imitazione, come pure gli svenimenti (quando si inocula il vaiuolo ai soldati) e le convulsioni (nelle scuole di fanciulle) possono essere risvegliati in tal modo, è un fatto ben conosciuto. L'influenza eccitante dell'esempio è dimostrato pure dalle osservazioni sul contegno di grandi masse di popolo, che per mezzo di discorsi e di azioni eccitanti possono essere trascinate ad azioni che ciascun individuo non commetterebbe mai. Infine la storia della medicina ci narra di grandi epidemie psichiche (1) generalmente a carattere religioso, le quali si sono largamente estese e hanno condotto a pensieri e azioni pazzesche. Manifestazioni del tutto simili si osservano anche oggi sotto diverse denominazioni in certe popolazioni facilmente eccitabili ed in certe sette religiose. Sikorski (2) ha descritto le ultime di queste epidemie che sono comparse nelle vicinanze di Kiew. In un caso si trattava di un uomo con idee deliranti mistiche al quale si unirono dapprincipio alcune persone indubbiamente malate ed in seguito una grande moltitudine di paesani incolti e creduli. Tutti costoro credevano alla missione divina del fondatore della setta, ai miracoli da lui compiuti, allo effluvio celeste che emanava da lui. In una seconda epidemia nella quale una contadina ebbe la parte principale, avvenne che in quattro gruppi si fecero sotterrare vive 25 persone perchè credettero prossima la fine del mondo. Anche la stravagante processione dei Duchoborzen nel Canadà appartiene a queste manifestazioni. Nelle grandi

(1) Hecker, *Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters, herausgegeben von* Hirsch, 1865; Sergi, *Psicosi epidemica,* 1898; Rodrigues, *Annales médico-psych., VII,* 13. 19. 1901.

(2) Sikorski. *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, L,* 778, *ebenda, LV,* 326.

epidemie mentali dei popoli, si tratta naturalmente solo in limitate circostanze di vera pazzia; la maggior parte di quelli che vi partecipano si trovano in stati di gravissimo eccitamento emotivo durante il quale è turbata la riflessione e abolito l'auto-dominio.

D'altra parte esistono casi non troppo rari, nei quali parecchie persone che vivono insieme, contemporaneamente o l'una appresso all'altra, si ammalano psichicamente nello stesso modo per reciproca influenza (pazzia indotta (1), folie á deux); io stesso ho avuto occasione di accogliere nel manicomio nel periodo di otto giorni tre fratelli con stato di agitazione religiosa ed allucinazioni. Il disturbo mentale può semplicemente essere la causa occasionale per produrre la malattia per l'eccitamento emotivo che si produce nelle persone che ne circondano, si tratta allora per lo più di attacchi di pazzia isterica o maniaco-depressiva. Oppure alcune manifestazioni morbose vengono trasmesse addirittura in modo duraturo o transitorio per mezzo di suggestione da una ad altra persona. Solo in questo ultimo caso si ha ragione di parlare di contagio psichico. In prima linea deve considerarsi la trasmissione dei disturbi isterici. Si può pure non di rado fare l'osservazione specialmente nei malati di mania religiosa e nei querulanti che essi attirano totalmente l'una o l'altra persona del loro ambiente nel cerchio delle loro idee deliranti, e la convincono completamente della giustezza delle loro pretese. Gli infermi che si ammalano secondariamente sono di regola, in simili casi, soggetti con predisposizione morbosa, poco intelligenti, con minima capacità di resistenza psichica e in genere sono colpite le donne. Però per lo più in questi soggetti non si ha una elaborazione consecutiva indipendente delle idee deliranti. Invece accettano semplicemente e senza giudicare ciò che una personalità più forte loro impone; e ritornano nel loro stato abituale appena vien tolta simile influenza. Così si vedono molto spesso nel manicomio infermi poco indipendenti influenzati dalle manifestazioni deliranti dei loro compagni di sventura.

A tratti si vede anche un vero disturbo mentale con gli stessi delirii presi dall'esterno, ma che hanno uno sviluppo totalmente indipendente. Questi casi sono quelli, come ha osservato Schönfeldt, che dovrebbero essere indicati nel senso più stretto e più vero come forma di pazzia dovuta a contagio psichico. È da pensare però sempre quando

(1) Lehmann, *Archiv. f. Psychiatrie, XIV,* 1; Iakowenko, *Wjestnik Psychiatrii,* 1887, Werner, *Algem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLIV,* 4 *u.* 5; Wollenberg, *Archiv. f. Psychiatrie, XX,* 1; Schönfeldt, *ebenda, XXVI,* 202.

si tratta di parenti carnali alla possibilità di una identica malattia dovuta a cause interne. L'esplosione dei disturbi maniaco-depressivi, ebefrenici, catatonici o paranoici in parecchi membri della medesima famiglia anche senza contagio personale è tanto frequente, che noi non abbiamo il diritto di dedurre dalla contemporaneità un rapporto causale; se da una parte non vogliamo disconoscere che l'insorgere di un disturbo psichico determini sull'equilibrio emotivo dell'ambiente una scossa, dobbiamo d'altro canto ammettere che ammalano per sè solamente quei soggetti che portano già in se stessi il germe della malattia.

Una certa parentela col processo del contagio psichico mostrano le manifestazioni di disturbi psichici, più volte ai nostri giorni osservate, in relazione con le sedute *ipnotiche* e *spiritiche* (1). Gli eccitamenti che sono a queste legate, le spiegazioni superstiziose che si riannodano alle pratiche misteriose, sono per le nature sensibili e poco forti un evidente pericolo. Naturalmente non si può parlare di relazioni causali nei numerosi casi nei quali in malati di mente non si ha che un insorgere dell'idea delirante dell'influenza ipnotica o spiritica; il contenuto del delirio rispecchia qui soltanto i comuni tentativi di spiegazione di effetti a distanza. Al contrario, specialmente lo sviluppo di stati autoipnotici può avere serie conseguenze, come io osservai in un caso che terminò col suicidio. In generale si tratta di stati di eccitamento e crepuscolari isterici, inoltre anche di soggetti a grande eccitabilità emotiva e che dipendono completamente dall'ipnotizzatore o dal medium. Senza dubbio la predisposizione ha anche qui una parte essenziale, specialmente per il fatto che partecipano con grande zelo alle sedute spiritiche o ipnotiche quei soggetti soltanto che presentano una grande suggestibilità per questi esperimenti. Secondo la mia esperienza non può avvenire alcun pericolo quando è il medico che assoggetta in modo esperto all'ipnosi.

B. *Cause interne (Predisposizione)*

Con la osservazione della predisposizione morbosa entriamo in quel secondo grande campo dell'indagine etiologica che si occupa delle cause che si ritrovano nella *personalità stessa del malato*. Per comprendere completamente l'origine della malattia, dobbiamo riguardare tutta la storia dello sviluppo della personalità psichica data, e dobbiamo esaminare tutte le influenze interne ed esterne che hanno collaborato alla

(1) Henneberg, *Archiv. f. Psych, XXXIV*, 3.

sua impronta caratteristica. Per chiarezza maggiore si sogliono dividere queste influenze in due classi principali, le *generali* e le *personali;* secondo la estensione dei gruppi individuali o secondo che tali influenze agiscono su poche persone, dando così a quelle un posto speciale nel loro ambiente.

1. Predisposizione generale.

Le condizioni di differente natura che per lo più si riuniscono sotto il nome di cause predisponenti generali sono due: e precisamente in primo luogo, la *diminuzione della capacità di resistenza psichica. somatica* come per una disposizione speciale o per speciali circostanze di vita si riscontra in un gruppo di soggetti; in secondo luogo *la maggiore o minore frequenza delle cause esterne morbose psichiche,* che dipende dalle medesime circostanze. Nel senso vero della parola si può naturalmente parlare solo nel primo caso di una vera predisposizione; però ragioni pratiche ci inducono a considerare qui anche i casi dovuti alla seconda condizione.

Età. — Delle proprietà antropologiche che possono decisamente influenzare lo sviluppo della personalità psichica, le più importanti sono l'età ed il sesso. Il cervello dei *neonati* è, sotto certi rapporti, una pagina bianca; e da un canto esiste la disposizione che in seguito rende possibile lo sviluppo delle sue capacità complesse, e certamente esistono anche disposizioni che costringono tali attività a svilupparsi secondo una direzione determinata; ma d'altro canto il contenuto della coscienza è ancora estremamente scarso, il collegamento tra i singoli processi psichici è incompleto, e la capacità mnemonica è perciò molto limitata; ancora perciò non esiste una definitiva *personalità psichica* che domini il contenuto della coscienza e degli impulsi, e che sia nettamente separata dal mondo esterno.

Certamente tale mancanza viene molto rapidamente compensata dalla grande facilità con la quale si formano nel cervello infantile quelle funzionali relazioni che noi consideriamo con base dei processi psichici. Tal modo di procedere contiene con sè però ugualmente un pericolo per la vita psichica del bambino. La possibilità di un tal rapido arrichirsi del contenuto cosciente ha il suo fondamento in una grande recettibilità e in una grande influenzabilità. La maggiore facilità a prendere interesse a ciò che accade intorno a lui va naturalmente unita ad una più facile deviabilità dell'attenzione e distrazione. La facilità con la quale si collegano l'una a l'altra le immagini, rac-

chiude in sè la tendenza alle idee fantastiche di giuoco e ad animare in modo favoloso il mondo esterno. A tutto questo va unita una grande instabilità delle emozioni e dell'umore, come anche l'inclinazione all'agire in modo improvviso ed irriflessivo. Fisiologicamente questa caratteristica della fanciullezza è l'espressione, come sappiamo dalle ricerche di SOLTMANN, di una diminuita manifestazione dei poteri inibitori del sistema nervoso.

Dovremmo però aspettarci che la minore capacità di resistenza del cervello infantile, quale si rivela anche nella vita psichica, porti con sè una decisa tendenza alle malattie mentali. Infatti per tale ipotesi parla l'osservazione giornaliera che ci mostra come alcune lesioni che passano senza alcun disturbo negli adulti, p. e. leggiere malattie febbrili, sogliono indurre nell'età infantile gravi manifestazioni psichiche. Ma la inesauribile elasticità dei tessuti infantili rende evidentemente possibile un più rapido e un più completo risarcimento dei disturbi, cosicchè per lo meno la durata delle forme guaribili suole essere regolarmente molto breve. Per queste e altre ragioni, queste forme sfuggono per lo più al controllo psichiatrico. Inoltre avviene che tutta una serie di quelle cause nocive che nel decorso della vita successiva debbono essere considerate siccome cause potentissime per la produzione della pazzia, (alcool, sifilide, processi sessuali, sovra affaticamento, preoccupazioni) vengono completamente escluse nell'età infantile. Malgrado la minore capacità di resistenza, i disturbi psichici secondo le osservazioni di tutti gli autori sono nei primi anni della vita relativamente rari (1), il numero esatto non è possibile dare per l'incertezza stessa dei dati statistici.

Per apprezzare giustamente tali rapporti deve considerarsi che già anche prima della nascita e nei primi anni della vita, si iniziano molti processi morbosi che non presentano clinicamente un ricco sviluppo di disturbi mentali, ma originano un grandissimo numero di stati di debolezza psichica dalle forme più leggiere fino alle più gravi. Solo in un piccolo numero di casi si tratta di disturbi di sviluppo; per lo più sono forme morbose corticali di natura finora poco conosciuta, che guariscono con maggiore o minore difetto, ma che impediscono naturalmente l'ulteriore sviluppo completo della psiche. Oltre alle gros-

---

(1) EMMINGHAUS, *Die psychischen Störungen des Kindesalters.* 1887; MOREAU, *La folie chez les enfants, deutsch von Galatti* 1889; IRELAND, *The mental affections of children, idiocy, imbecility and. insanity,* 2 *Aufl.* 1900. MANHEIMER, *Les troubles mentaux de l'enfance* 1899; INFELD. *Iahrb. f. Psycb. XXII*, 326.

solane forme morbose encefalitiche, porencefaliche, idrocefaliche, luetiche e tubercolari, si debbono probabilmente considerare anche le infezioni e le autointossicazioni, le vestigia delle quali possono mettersi in evidenza solo con i più fini mezzi di indagine. A queste malattie apparterrebbe appunto il cretinismo, consistente in un disturbo di sviluppo per mancata funzionalità della glandola tiroide. Oltre a ciò si è pensato ad azioni tossiche di origine intestinale, giacchè disturbi digestivi producono tanto facilmente nei bambini manifestazioni di irritazione cerebrale. Una parte delle malattie della fanciullezza che conducono alla demenza dovrebbe essere paragonata alla ebefrenia, perchè certi quadri clinici di stati di debolezza infantile dimostrano una grandissima analogia con quelli degli anni della pubertà, e perchè, oltre a ciò, questi ultimi costituiscono abbastanza spesso lo sviluppo ulteriore di quegli stati morbosi che hanno avuto il loro inizio nella fanciullezza.

Oltre all'idiozia e all'imbecillità riscontriamo nella fanciullezza specialmente i delirii nelle malattie febbrili, e sopratutto i disturbi epilettici e isterici. A tratti incontriamo sotto forma di leggeri stati di depressione o di agitazione anche i prodromi della follia maniaco-depressiva. Oltre a ciò si manifestano le svariate forme della predisposizione morbosa che conducono allo sviluppo della personalità psicopatica. In ultimo si iniziano già in questa età alcune forme morbose famigliari del sistema nervoso, e i casi isolati di paralisi giovanile.

Con il progressivo perfezionamento della personalità psichica e con la contemporanea comparsa di svariate nuove cause morbose aumenta gradualmente l'abbondanza dei disturbi psichici. L'origine della pazzia dovuta a cause esterne è determinata essenzialmente dalla diffusione di queste nei singoli periodi della vita, mentre l' esplosione dei disturbi psichici endogeni è legata sovratutto a certi periodi dell'età. Innanzi tutto sono da prendere qui in considerazione i potenti sconvolgimenti somatici e psichici durante il periodo della pubertà. (1)

Io ritengo come molto verosimile che in questi processi, siano da ricercare le essenziali condizioni di origine, per una parte di quei disturbi psichici ai quali si suol dare il nome di dementia praecox. Per tal fatto non parla solamente la circostanza che certe forme di questa malattia si iniziano proprio durante gli anni della purbertà, ma sopratutto, come già Hecker affermava, che il quadro clinico è in parentela con i consueti cambiamenti psichici che si hanno comunemente in quell'epoca. A questo tempo appartengono la vivace attività immagina-

(1) W. Wille, *Die Psychosen des Pubertätsalters,* 1898.

tiva, le caratteristiche oscillazioni dell'umore, l'eccitabilità, l'inclinazione all'esaltazione e alla sensibilità, l'eccitazione sessuale, gli stimoli per ogni sorta di azioni irriflessive e inconsiderate. Tutte queste tracce si riscontrano nel carattere morboso, specialmente nell'ebefrenia. Certamente abbiamo qui sempre a fare con palpabili e speciali lesioni della corteccia cerebrale, benchè regni ancora completa oscurità sugli intimi rapporti che passano tra queste lesioni e i processi dello sviluppo.

Oltre alla dementia praecox incontriamo spesso in questa età i primi sintomi della follia maniaco-depressiva sotto forma di stati lievi o gravi di eccitamento o di depressione. Il loro insorgere si può forse mettere in relazione con la conosciuta aumentata eccitabilittà di questa età, come si rivela anche con la frequenza dei delitti passionali, di lesioni corporee e di capricci. Oltre a ciò in questo periodo si fanno molte volte più chiari i fenomeni morbosi epilettici e isterici, come anche i multiformi quadri della follia degenerativa.

Infine si svolge anche l'influenza di una quantità di cause nocive esterne: perchè gradualmente dalla protezione paterna si passa ad una maggiore indipendenza della vita. Certo che varie seduzioni e lotte attaccano la personalità ancora imperfetta; e le alterazioni che la lotta per la vita porta con sè iniziano le loro prime azioni. Con ciò si fa sempre più manifesta la insufficienza della disposizione personale. Quegli che non sono adatti alla lotta per la vita cominciano a distinguersi nettamente per la loro caratteristica tendenza di sviluppo, per la disadatta elaborazione degli eccitamenti della vita e per minore capacità di resistenza. Per il sesso maschile diviene ora specialmente pericoloso l'alcool, per il sesso femminile il concepimento. Anche malattie acute, violenti commozioni e a volte il sovra affaticamento possono essere grandemente nocivi. Nondimeno la frequenza di forme morbose psichiche non è ancora troppo grande.

La più grande frequenza statistica dei disturbi psichici si riscontra nel *periodo del pieno sviluppo della forza,* dal 25.° al 40.° anno di età. La causa di ciò non va certamente ricercata in una speciale suscettibilità della personalità somaticamente e psichicamente sviluppata, ma invece esclusivamente nel numero delle cause esterne che colpiscono l'individuo. La capacità di resistenza raggiunge in questa età il suo massimo, ma le cause nocive sono aumentate con una progressione più rapida. Le difficoltà della vita ingigantiscono colla maggiore indipendenza e con le preoccupazioni della moglie e dei figli; le maggiori responsabilità danno origine a serie lotte e pensieri; le speranze maggiori portan con sè le disillusioni, e la permanente tensione di tutte le

forze somatiche e psichiche nella lotta per la vita va unita al pericolo del deperimento e dell' ottundimento. A ciò si uniscono le numerose malattie alle quali il lavoro intrapreso senza le necessarie precauzioni espone l'individuo, nella donna i nefasti processi della vita sessuale e, sopratutto, l'azione nociva degli eccessi dell'alcool e di Venere che hanno spesso, maligna compagna, la sifilide. Una serie di diverse forme della pazzia raggiunge perciò in questa età la sua maggior diffusione. Decisamente innanzi a tutte stanno specialmente nel sesso maschile la paralisi e l'alcoolismo; nelle donne invece si fanno più intensi e più frequenti gli attacchi della follia maniaco-depressiva. Più rare divengono le forme demenziali; ma le forme morbose paranoidi appartengono proprio a questa età; anche la vera paranoia suole iniziarsi in questa età.

Dai 36 ai 40 anni il numero delle malattie mentali raggiunge il suo massimo. Da questo periodo la pazzia diviene gradualmente più rara, da un canto perchè molti individui hanno raggiunto il fine di avere una posizione della vita assicurata e in tal modo viene elimitata una grande quantità di preoccupazioni e di eccitamenti; d'altro canto perchè l'età più matura è meno accessibile alla tentazione di commettere eccessi e perchè nella donna vanno tacendo i pericoli inerenti alla vita di riproduzione. A ciò si deve aggiungere che nella vecchiaia che s'inizia in tal periodo, diminuisce senza dubbio considerevolmente la sensibilità emotiva. Infine è questa età per così dire immunizzata: la grande maggioranza dei predisposti è già rimasta soccombente per le nocive influenze delle cause morbose. Per tutte queste ragioni la frequenza delle malattie psichiche lascia riconoscere con l'aumento dell'età una diminuzione dapprima lenta che diviene poi rapida dopo i 55 anni.

D'altra parte però le cause nocive estenuanti della vita hanno in tale periodo creata una nuova acquisita predisposizione, poichè esse distruggono la già logorata capacità di resistenza del cervello. La vecchiaia stessa diviene una malattia alla quale ciascuno fino ad un certo grado deve soggiacere. (1) La capacità nell'apprendere, la elasticità mentale diminuisce nei vecchi; essi cominciano gradualmente a divenire estranei al loro ambiente, alla loro epoca. La loro memoria, specialmente per le cose recenti diviene mal sicura, il loro orizzonte per la inettitudine a raccogliere nuovi eccitamenti si restringe; il tesoro ideativo impoverisce perchè la perdita progressiva delle idee non viene più compensata da nuovi acquisti. Anche nel dominio emotivo si ha una certa devastazione, una limitazione delle reazioni emotive per gli

(1) Friedmann, *Die Altersveränderungen und ihre Behandlung*, 1902.

interessi più vicini e più immediati. Senza dubbio questi sconvolgimenti psichici hanno la loro ragione d'essere in determinati mutamenti somatici. Noi ricordiamo soltanto il climaterio delle donne ed i corrispondenti, benchè meno decisivi processi nell'uomo; inoltre le evidenti regressioni di tutti gli organi del corpo che va invecchiando. Tra questi si è data speciale importanza alle modificazioni vasali, alla arterio-sclerosi: queste però non sono manifestazioni che accompagnano solamente la vera età senile, ma possono anche prima raggiungere gradi rilevantissimi. D'altra parte noi osserviamo in questo tempo nello stesso tessuto corticale una serie di diversi processi morbosi, i quali ben difficilmente possono essere interpretati come semplici conseguenze di alterazioni vasali.

Quale clinica espressione della età involutiva si può considerare innanzi tutto la melanconia. Inoltre sembra che la diminuzione della capacità di resistenza psichica in questo periodo della vita si manifesti in ciò, che possono in tal momento iniziarsi alcuni disturbi psichici che si sogliono riportare ad una predisposizione morbosa originaria. Ciò vale specialmente per la follia maniaco-depressiva della quale già talvolta si è avuto un isolato primo attacco nella pubertà. Inoltre in questa età hanno il loro inizio una serie di forme mentali che conducono alla demenza, e che noi ancora usiamo riunire sotto il concetto della dementia praecox. Da una parte sono quadri paranoidi con delirii fantastici e disturbi psico-sensoriali, d'altra parte sono le forme ancora poco conosciute di depressione catatonica che per lo più vengono confuse con la melanconia. Finalmente dobbiamo ricordare il senile e presenile delirio di persecuzione.

Con l'iniziarsi della vera vecchiaia i disturbi psichici acquistano sempre più i tratti fondamentali della *debolezza psichica*. Diminuzione della memoria, incapacità alla percezione e alla elaborazione di nuove impressioni, confusione e disordine, superficialità emotiva, sospetti ipocondriaci, irrequietezza notturna, demenza che decorre rapidamente, questi sono i sintomi più rilevanti dei quadri morbosi di questo gruppo, tra i quali accanto alla semplice demenza senile più o meno accentuata si riscontrano in prima linea anche gli stati depressivi senili, gli stati di agitazione delirante, la presbiofrenia e la demenza arterio-sclerotica. Isolatamente riscontriamo anche gli esiti della follia maniaco-depressiva. È rimarchevole dovunque la frequenza di manifestazioni cerebrali, vertigine, disturbi afasici, attacchi apoplettici, contratture e paralisi.

Sesso. — La questione sulla predisposizione dei due *sessi* alle malattie mentali ha dato spesso, basandosi sulla statistica, risposte molto

diverse. Senza approfondire l'importanza delle cause di errore di tali dati, osserviamo qui solo che la statistica non lascia riconoscere in generale alcuna considerevole e sicura differenza nella frequenza della pazzia tra i due sessi. In verità non è da mettere in dubbio che la donna con la sua costituzione più delicata, con il minore sviluppo intellettivo, con la prevalenza della vita sentimentale possegga una capacità di resistenza, contro le cause somatiche e psichiche della pazzia, minore di quella dell'uomo. Solo l'importanza di tali circostanze è compensata dalla posizione relativamente protetta che occupa la donna di fronte all'uomo che è senza paragone esposto molto più ai pericoli. Tutte quelle cause nocive che porta con sè la lotta per la vita colpiscono in prima linea e sopratutto l'uomo sul quale ricadono le preoccupazioni per la famiglia; sebbene le difficoltà per guadagnarsi il pane per le donne nubili possano essere a volte molto maggiori. Inoltre bisogna accennare all'azione degli eccessi di ogni genere; pericoli ai quali è esposto specialmente l'uomo per la indipendenza sociale ed economica della sua posizione; mentre la donna legata dalla educazione e dai costumi, è forzata sempre a condurre una vita più uniforme, più regolare e più tranquilla. Quando tale coazione è una volta spezzata e vien dato libero campo alla passionalità della natura femminile, come avviene nelle prostitute, vediamo allora subito la minore capacità di resistenza manifestarsi con una spaventevole percentuale della pazzia e del suicidio. (1) Però si dovrebbe in tali casi calcolare la relativa frequenza della predisposizione morbosa originaria.

L'origine dei disturbi psichici caratteristici della donna è dovuta specialmente ai *processi della vita sessuale*. Dell'importanza delle malattie sessuali, della gravidanza, del puerperio, dell'allattamento abbiamo già prima parlato; esse sono la causa per la quale il pericolo per le malattie mentali nel sesso femminile tra i 16 e i 35 anni è in verità alcun poco maggiore che non sia quello del sesso maschile. Dopo questo periodo il pericolo è relativamente minore fino al punto nel quale per i varii sconvolgimenti e disturbi dell'età involutiva, circa dai 45 fino ai 55 anni, il numero delle malattie mentali della donna sorpassa di nuovo leggermente quello dell'uomo. È appunto tra i 61 e i 65 anni facilmente provabile un aumento dei disturbi psichici nella donna, aumento che però in età più avanzata dà luogo ad una rapida diminuzione. Malgrado ciò sembra che la donna sia, dai 65 anni in su, continuamente più in pericolo dell'uomo.

---

(1) v. Oettingen, *Moralstatistik*. 3. *Auflage*. 1882. 767.

Alle differenze dei rapporti causali nei due sessi corrisponde anche in essi un predominio delle singole forme morbose. La demenza paralitica, le psicosi da intossicazione, specialmente l'alcoolismo, la pazzia epilettica, la paranoia, la nevrastenia acquisita, la nevrosi traumatica, la nevrosi da spavento prevalgono nel sesso maschile. Nella donna al contrario riscontriamo prevalentemente disturbi mentali all'inizio della forma maniaco-depressiva con vivaci oscillazioni dell'umore, per i quali disturbi spesso sono ottimo terreno gli sconvolgimenti periodici della vita sessuale. Anche lo sviluppo di forme isteriche nette viene apparentemente favorito dalle originalità della disposizione femminile. Oltre a ciò osserviamo in questo sesso spesso le psicosi da esaurimento e da infezione per lo più in relazione con i processi di riproduzione, mentre nel climaterio è manifesta la tendenza alle forme morbose melanconiche. Delle malattie demenziali sembra che le forme ebefreniche preferiscano il sesso maschile e le forme catatoniche il sesso femminile: anche qui esistono netti rapporti con la riproduzione.

Razza e clima. — Molto poco di sicuro per il presente stato della statistica e per la grande difficoltà della questione si può dire sulla tendenza che presentano le singole razze alle malattie mentali. Innanzi tutto le statistiche di malati mentali sono nella maggioranza dei paesi così incerte, che non danno affatto quadri paragonabili. Inoltre è anche impossibile separare l'una dall'altra le azioni delle diverse influenze che determinano la pazzia: la razza, le abitudini di vita, il clima, il nutrimento, lo stato sanitario generale, ecc. Sembra però che i disturbi mentali siano più rari nei popoli che vivono in condizioni semplici che non da noi. Che veramente l'origine stessa dei popoli possa avere una parte nella produzione della pazzia è provato dall'esempio degli ebrei, (1) di cui si può senza errori grossolani fare un confronto col popolo che li circonda. Da questo confronto si rileva che, per lo meno in Germania e in Inghilterra, gli ebrei sono predisposti alle malattie mentali e nervose in misura molto maggiore dei Tedeschi. Vero è che in essi sono molto rare le forme alcooliche della pazzia; al contrario sono straordinariamente pronunciati quei disturbi che si sogliono riportare generalmente a degenerazione ereditaria. Forse ha una certa parte per questo fatto la preferenza degli ebrei a matrimoni tra congiunti per il quale fatto noi sappiamo che si può sviluppare considerevolmente una esistente predisposizione morbosa.

Una certa luce al problema che discutiamo porta con sè la statistica

(1) Pilcz, *Wiener klinische Rundschau.* 1901, 47 *u.* 48.

dei suicidi: (1) non solo la differenza delle grandi razze, ma anche le differenze dei singoli piccoli gruppi tra loro sono così considerevoli che assolutamente non possono essere riportate nè da sole od anche solo principalmente, alle diverse condizioni di vita. Chi ha avuto occasione di conoscere lo straordinario autopericolo dei malati mentali Sassoni, sarà meravigliato di riscontrare nella Baviera o nel Palatinato una tendenza incomparabilmente minore al suicidio. È conosciuto che questa è ancora molto minore presso i Latini. Anche rispetto alle azioni brutali dei malati ci sono grandi differenze. In Germania, secondo le mie osservazioni, si trovano in prima linea i malati dell'alta e bassa Baviera, mentre i malati della Sassonia si mostrano poco inclinati in generale alla violenza: gli infermi del Palatinato si distinguono per una grandissima irrequietezza. La frequenza e la caratteristica della pazzia nei diversi popoli è determinata inoltre in modo considerevole dagli alimenti preferiti. Così nella razza germanica è molto marcata la tendenza all'alcool, mentre i Latini sono in generale più moderati, ed i Maomettani ed i Buddisti detestano questo veleno. Riscontriamo invece disturbi psichici dovuti nell'Asia anteriore e nell'Africa settentrionale all'Haschich; e nell'Asia orientale all'abuso dell'oppio, che però ha meno profonda influenza sulla vita psichica; e finalmente nel Perù al cocainismo.

Sarebbe naturalmente di grandissima importanza poter stabilire la frequenza delle singole forme morbose cliniche nei diversi popoli. Sfortunatamente oggi mancano ancora per fare ciò le premesse più necessarie, perchè la grandissima maggioranza delle nostre diagnosi cliniche abbraccia soltanto quadri di stati di vario significato. Tutto al più potrebbero essere confrontabili solo i dati sull'insorgere della paralisi: noi sappiamo che questa in Irlanda, nella Spagna, nell'Africa settentrionale, nella Bosnia, nella Persia, nell'Abissinia e nel Giappone è molto più rara che non da noi, benchè in alcuni di questi paesi la sifilide raggiunga una straordinaria diffusione. Però è da osservare che mancano quasi completamente per lo meno nell'Africa centrale, le gravi forme luetiche; la malattia si limita essenzialmente alla produzione di manifestazioni cutanee e di ulceri e ha una grande tendenza a guarire da sè. Sembra che nei popoli primitivi i quadri morbosi dell'isteria e dell'epilessia non siano rari. In grande parentela con la prima forma si trova il « Latac » dei paesi malesi riscontrato sotto diversi nomi anche in altri popoli, che si manifesta essenzialmente con attacchi di

(1) Morselli, *Der Selbstmord, deutsch von* Kurella, 1881, Durkheim, *Le suicide, étude de sociologie,* 1897.

automatismo o di coprolalia dovuti allo spavento. Al contrario il conosciuto « Amok » dei Malesi dovrebbe appartenere ai disturbi epilettici. Sarebbe da ricordare la malattia del sonno che si presenta epidemicamente nell'Africa orientale e recentemente anche nell'Uganda, e che ha la sua ragione d'essere in una diffusa malattia cerebrale di origine finora sconosciuta, e che per lo più entro lo spazio di un anno conduce a morte.

Con grandissima verosimiglianza anche il *clima* ha una certa influenza sulla frequenza e la forma della pazzia, sebbene poco di certo si conosca intorno a ciò. Per questa supposizione parlano innanzi tutto le osservazioni che si sono fatte riguardo alla dipendenza dei suicidii e dei delitti nelle diverse stagioni e climi. Io ho l'impressione che gli stati di eccitamento dei nostri infermi siano più gravi nell'estate che nell'inverno; nei malati circolari si vede non raramente che la depressione cade proprio nell'inverno. In Italia sembra che gli stati di agitazione subitanei impulsivi si manifestino più di frequente che non da noi, d'altra parte non ho notato negli Italiani essenziali variazioni in confronto ai nostri malati. Rasch (1) ha riferito recentemente sull'influenza che ha sugli Europei immigrati il clima tropicale. Egli giunge alla conclusione che gradualmente nel decorso degli anni si produce rilassatezza, indifferenza, diminuzione della memoria, perdita della capacità di resistenza emotiva, irritabilità, sensibilità (collera tropicale, « tropenkoller ») e finalmente scomparsa dell'energia.

Condizioni generali di vita — Non può esser dubbio che le totali condizioni essenziali della vita nelle quali si trova un popolo, acquistino anche sulla frequenza della pazzia una influenza durevole; perchè da esse non solamente dipende la capacità di resistenza generale, ma anche la diffusione delle speciali cause morbose. Il numero dei disturbi psichici sembra che cresca coll'aumentare della civilizzazione. Certamente è difficile provare con sicurezza questa affermazione, perchè i dati statistici sulla frequenza della pazzia nei popoli primitivi o nei popoli a diverso grado di civiltà non permettono, per ragioni facili a comprendersi, alcun confronto. Al contrario le statistiche regolari lasciano riconoscere con sicurezza presso di noi un rapido aumento di malati mentali che hanno bisogno di essere ricoverati nei manicomii, numero che sorpassa di molto l'accrescimento generale della popolazione. Questo aumento è certamente determinato in parte dalla maggiore cura con la quale vengono compilate le statistiche, e dalla maggiore

(1) Rasch, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, *LIV*, 745.

conoscenza che si ha oggi dei disturbi psichici; in parte dipende anche dalle difficoltà sempre crescenti di curare senza pericolo per le condizioni di vita più complesse, i malati di mente fuori del manicomio. Quanto più grande diviene il pericolo di disgrazie, di collisioni coll'ambiente esterno, quanto più intima la coabitazione, quanto più preziose sono le singole forze di lavoro, tanto più aumenta la tendenza nel popolo a rinchiudere il malato mentale nel manicomio.

Non possiamo però più dubitare, come io credo, che esista in verità un aumento della pazzia. Oltre allo spaventoso rapido accrescimento del numero dei malati mentali, parla per ciò il contemporaneo aumento della frequenza dei suicidii, ed anche il caratteristico contrasto che esiste tra le popolazioni della città e della campagna. Sono proprio le *grandi città* con le loro aumentate esigenze sulla forza intellettuale e morale dell'individuo, con le loro difficoltate condizioni di vita e con le loro svariate seduzioni agli eccessi di ogni specie, che contribuiscono maggiormente al rapido aumento delle malattie mentali e dei suicidi. Gli sconvolgimenti che la nostra epoca ha portato in tutte le condizioni della vita sono nelle città molto più manifesti. La completa trasformazione dell'attività operaia per mezzo del vapore e dell'elettricità, l'abolizione dell'opera manuale, lo sviluppo dell'industria, il movimento psichico ed economico aumentato oltre ogni aspettativa, richiede da ciascuno una facoltà produttrice maggiore di quella a cui si era prima abituati. Tutte queste trasformazioni sono avvenute con tale rapidità, che solo le nature grandemente capaci di adattamento poterono seguire completamente. Noi viviamo in un tempo di transizione nel quale la lotta per la vita si manifesta specialmente violenta ed estenuante. Tale è, secondo la mia opinione, la cagione principale dell'enorme aumento di individui che non bastano più alle esigenze troppo rapidamente cresciute della nostra vita odierna, e che in questa lotta divengono incapaci. Una nuova crescente generazione entrerà in questa lotta con forze più fresche e con armi migliori, ed imparerà ad adattarsi alle mutate condizioni della vita.

Perciò non dobbiamo dimenticare che per ciascun male dell'umanità nasce in breve un rimedio per farlo guarire. La frettolosa vita della nostra epoca è divenuta contemporaneamente più ricca: la necessità ha fatto aumentare anche i soccorsi. Le svariate aspirazioni per mitigare la miseria, per educare il popolo ai suoi nuovi doveri svilupperanno gradualmente le loro azioni benefiche e aiuteranno anche i deboli che non possono con la loro forza seguire i nuovi tempi. Certamente possiamo in un certo senso dire che l'aumentato amore dell'uma

nità abbia una parte non piccola sull'aumento dei disturbi psichici, perchè cura e mantiene un grande numero d'invalidi psichici che senza di esso cadrebbero più presto nel precipizio. Questo provvedimento riceve un forte impulso dal fatto che le particolari condizioni di vita delle grandi città rendono oggi impossibile la cura in casa di numerosi malati mentali, che forse altrimenti non sarebbe necessario ancora di internare nel manicomio.

D'altra parte però non si può purtroppo negare che alcune cause più importanti della pazzia si estendano rapidamente anche senza una diretta relazione con la trasformazione delle nostre totali condizioni di vita; tra queste è sopratutto da ricordare l'abuso dell'alcool e la sifilide. Ambedue le cause hanno, secondo le osservazioni, un maggiore sviluppo nelle grandi città nelle quali, senza esagerazione, producono circa la metà di tutte le malattie psichiche. Se si volesse considerare l'estensione dell'alcoolismo e delle malattie sessuali quale gradimetro della civilizzazione, si dovrebbe allora giungere alla sconsolante conclusione che per il progresso della nostra coltura noi siamo slanciati necessariamente incontro alla rovina, dovuta alla degenerazione somatica e psichica.

Più volte è stato affermato che le forme morbose cliniche abbiano compiuto nel corso degli ultimi decenni una certa trasformazione. Così la forma demenziale della paralisi si dice divenuta più frequente e la forma classica più rara, mentre la tendenza alle remissioni sarebbe aumentata. D'altra parte la follia circolare verrebbe osservata presentemente più spesso che non prima. Giacchè noi stessi e le nostre diagnosi sono soggette a continui cambiamenti anche nel campo che sembra così sicuro della paralisi, è molto difficile poter dare su tali questioni un giudizio sicuro. È certamente possibile che si siano avuti degli spostamenti. Così noi riscontriamo la paralisi sempre con maggiore frequenza nelle donne e nei bambini, mentre gli attacchi paralitici sembra siano diventati più rari. Ma anche per quei fatti che sono presso a poco assicurati resta ancora sempre un vasto campo per l'interpretazione.

Professione. — Il pericolo di disturbi mentali nelle singole professioni è naturalmente cagionato per lo più solo dalla maggiore frequenza e dal maggiore effetto delle cause nocive che vanno unite a ciascuna di esse; tutto al più si potrebbe dalla scelta di alcune professioni artistiche, p. e. dei poeti o degli attori, trarre una deduzione qualche volta esatta di una maggiore eccitabilità e sensibilità emotiva. Inoltre la mancanza di professione (vagabondi, delinquenti abituali, ecc.) dovrebbe essere dovuta per lo più ad un incompleto morboso sviluppo

della personalità. L'esperienza insegna che si riscontra un importante numero di malati mentali più o meno manifesti tra gli abitanti delle prigioni, degli ergastoli e delle case di correzione; i dati oscillano tra il 2 e il 4 per 100, ma sono più alte negli uomini. In generale sembra che si tratti di alcoolisti che però solo con riserva sogliono essere ritenuti infermi; in Russia essi sono il 40 per 100 degli abitanti delle prigioni. Anche gli epilettici non sono rari specialmente tra i vagabondi ed i delinquenti passionali. In questi l'alcool ha di solito una azione coadiuvante. Inoltre si ritrova specialmente un grande numero di forme di debolezza mentale ebefrenica o catatonica tra i ladri incorregibili, nei quali antecedentemente, spesso in prigione, un acuto disturbo psichico con confusione ansiosa ed allucinazione ha prodotto un profondo nocumento del sentimento e della volontà. Al contrario vediamo non raramente delinquenti protervi in occasione di una lunga prigionia ammalare di dementia praecox e quindi essere internati nel manicomio o divenire vagabondi inoffensivi.

Sono proprio i vagabondi (1) che formano un gruppo umano molto originale. Essi sono quasi sempre di valore intellettivo e spesso anche somatico infimo, e si riscontra tra essi un grandissimo numero di malati mentali. Oltre alle forme di debolezza mentale originaria ed alla predisposizione psicopatica, l'abuso dell'alcool ha qui un'importanza speciale: Bonhöffer ritrovò le tracce di esso nel 63 per 100 dei suoi casi. Nel 12 per 100 riscontrò l'epilessia. Senza dubbio le malattie mentali dei vagabondi e delle prostitute, che si trovano con quelli in così stretta parentela, presentano per la maggior parte il quadro della dementia praecox, che, a dire il vero, si sviluppa frequentemente sopra un terreno di debolezza mentale esistente già fin dal tempo della giovinezza. Talvolta la caduta nel vagabondaggio segue direttamente ad un disturbo mentale acuto; in altri casi la demenza si fa strada subdolamente cosicchè essa ha già raggiunto un grado molto elevato quando viene finalmente riconosciuta come morbosa. Degli altri disturbi psichici portano a volte al vagabondaggio la paralisi od i leggieri eccitamenti maniaci.

In una parte considerevole di delinquenti incorreggibili, di vagabondi e di prostitute non abbiamo invero a che fare con pronunciata pazzia, invece con deficienze patologiche e con le caratteristiche della predisposizione fisica che fin dall'inizio sospingono fatalmente verso una determinata direzione. Questi sono i cosidetti delinquenti « nati ».

(1) Bönhöffer, *Zeitschrift f. d. gesamte Strafrechtswissenschaft, XXI*, 1901; — Wilmanns, *Centralblatt f. Nervenheilk.*, XXV, 729, 1902.

In alcuni di questi, specialmente in certi delinquenti contro il buon costume, negli incendiari, negli avvelenatori, riscontriamo istinti criminosi più intensi. Da simili decise personalità morbose, graduali passaggi conducono fino ai semplici delinquenti abitudinarii.

In complesso sono le cause psichiche o le cause somatiche che collegandosi in un certo modo con una determinata condotta di vita, producono, per conseguenza, una maggiore frequenza della pazzia. Il sovra affaticamento psichico negli scienziati, o nella giovane età, negli studenti, può avere azione pericolosa, oppure sopra un terreno già in altro modo preparato può favorire l'esplosione della pazzia. In tal modo si vedono frequentemente ammalare di ebefrenia giovani che in iscuola si erano specialmente distinti. Gli eccitamenti emotivi manifestano la loro azione nociva nei soldati in guerra, nei giuocatori in borsa, negli artisti, nelle istitutrici. I marinai, gli osti, le prostitute, sono esposti agli accessi, all'alcool e alla sifilide; anche gli ufficiali, gli studenti, i commercianti e specialmente i commessi viaggiatori possono essere colpiti da queste cause. Al contrario la miseria, le privazioni, la mancanza di nutrimento, le condizioni poco igieniche agiscono principalmente sulle masse operaie. Il sovra affaticamento somatico, gli strapazzi, le veglie notturne sono le cause nocive che il servizio militare porta con sè; queste in unione con le continue scosse prodotte dal viaggiare in ferrovia, e che forse non sono indifferenti, colpiscono anche gl'impiegati delle ferrovie. L'irradiazione del calore, i traumi al capo, le intossicazioni di diversa natura (piombo, mercurio) sono altre cause occasionali alle quali altre professioni sogliono essere a preferenza esposte. L'espressione clinica di questi pericoli è naturalmente determinata essenzialmente dalla natura particolare delle cause predominanti; possiamo perciò su tale rapporto rimandare a ciò che si è detto antecedentemente sulle relazioni causali.

Stato civile. — Una influenza non indifferente sulla frequenza della pazzia deve essere attribuita, come sembra abbiano dimostrato i dati statistici, allo stato civile. Hagen ha richiamato con ragione l'attenzione sul fatto che tutte le differenze risultanti debbono essere riportate ai pericoli diversi dell'età media, ai quali si trovano esposti i celibi e i coniugati. Abbiamo più su veduto che le malattie psichiche sogliono essere specialmente più frequenti tra i 20 e i 40 anni che non in più tarda età. D'altra parte non v'ha dubbio che in un grande numero di casi il celibato deve essere considerato già come conseguenza di un incompleto sviluppo psichico, di un disturbo psichico preesistente, o (specialmente nel sesso femminile) acquisito. Infine non si

può negare che il matrimonio stesso, malgrado i pericoli che porta con sè la funzione riproduttiva e malgrado le preoccupazioni per la maggiore soddisfazione e sicurezza della vita comune, forse anche perchè minore è la seduzione a commettere eccessi, abbia una certa importanza preservatrice. I vedovi e i divorziati sembrano i più esposti al pericolo; perchè frequentemente essi hanno tutte le preoccupazioni ed i pericoli del matrimonio, senza godere la sua influenza protettiva e preservatrice.

2. Predisposizione personale

Se da quanto abbiamo esposto risulta che ai varii gruppi di individui si deve attribuire una minore capacità di resistenza alle cause nocive in rapporto alla loro comune predisposizione, e che essi sono a seconda delle loro speciali tendenze e delle loro speciali condizioni di vita esposti ad un numero maggiore o minore di pericoli, analoghi punti di vista ci permetteranno di farci un concetto della doppia essenza di quelle multiformi cause morbose che sogliono essere riunite sotto il nome di *predisposizione personale.*

Eredità. — L'analisi di una data personalità ci porta alla sua origine, e quindi al di là della sua vita personale fino a quella dei genitori, la quale deve dare schiarimenti sulla prima e più importante quistione, sulla influenza cioè della eredità. Per la fedeltà spesso sorprendente con la quale non solo le proprietà somatiche, ma specialmente le psichiche si trasmettono dai genitori ai figli, non dovremo essere meravigliati se anche la disposizione alle malattie psichiche è ampiamente sottoposta all'eredità. Sembra che appunto il tessuto nervoso sia in modo speciale accessibile alla influenza ereditaria. Inoltre non può essere messo in dubbio, come risulta dalle esperienze che riguardano la discendenza di alcoolisti e di sifilitici, che gravi malattie acquisite possano diventare, forse per diretta lesione delle cellule germinative, nocive anche per lo stato mentale della generazione avvenire. Anche la gotta, la tubercolosi, il diabete, i tumori maligni e simili, sono stati sotto questo punto di vista addotti quali cause di una predisposizione morbosa originaria, benchè non precisamente ereditaria. Ad ogni modo l'importanza dell'eredità nella genesi delle malattie psichiche è stata sempre e ad unanimità ammessa da tutti gli alienisti, benchè i facili errori delle statistiche nei diversi autori diano su tal punto dati divergenti (1) (da 4 fino al 90 per 100). La ragione di que-

(1) Ribot, *Die Vererbung, deutsch v.* Kurella. 1895; Orschansky, *Die Vererbung im gesunden und im krankhaften Zustande,* 1903; Grassmann, *Allgem*

sta grande differenza risiede principalmente nella comprensione più o meno estesa del concetto di eredità, nella maggiore o minore esattezza delle anamnesi, nella qualità del materiale patologico speciale impiegato. Se si considera che non solo i veri disturbi mentali, ma anche una serie di stati analoghi, l'alcoolismo, le nevrosi, i caratteri stravaganti, le tendenze delittuose e simili, debbono essere considerati come manifestazioni di una predisposizione morbosa e quindi debbono essere tenuti in considerazione nello stabilire i dati ereditarii, si può ammettere l'esistenza della eredità nei parenti più vicini almeno nel 60, 70 per 100 di tutti i malati mentali.

Per apprezzarre questo risultato puramente statistico è però molto importante considerare, che innanzi tutto la coincidenza di segni psicopatici nei membri della stessa famiglia non indica necessariamente una relazione ereditaria tra questi disturbi; e che, secondariamente, ci manca completamente la prova numerica per dimostrare la frequenza di una tale predisposizione ereditaria nel numero di persone non malate di mente. In seguito a mio consiglio Jost ha compiuto uno studio nella clinica medica di Strassburg sulla eredità psicopatica di individui non malati di mente, giungendo alla sorprendente conclusione che in non più del 3 per 100 si erano manifestati nelle famiglie disturbi mentali. Siccome lo studio era relativo solo a 200 persone, tale accertamento ha bisogno di un esame più ampio. Näcke riscontrò in 80 infermieri di manicomio, con sicurezza il 7,5 per 100 affetti da labe ereditaria, con qualche riserva il 20-25 per 100. Dobbiamo perciò per ora considerare i calcoli sull'ereditarietà nella pazzia semplicemente come fatti di osservazione, senza vedere in essi la manifestazione di una « legge » che sia valevole in ogni singolo caso.

Come insegna l'esperienza, l'ereditarietà può essere diretta, proveniente cioè dai genitori, o indiretta. Nell' ultimo caso si può distinguere la *atavistica* proveniente cioè dai nonni, e la *collaterale* che riporta agli stati psicopatici di un ramo laterale (zio, prozio, cugini, ecc.). L'azione più grande ha certamente l'eredità diretta, specialmente quando tutti e due i genitori (eredità accumulata) erano malati di mente, e se lo erano già nell'atto della procreazione del bambino, però anche in un bambino procreato prima dell'esplosione della pazzia può essere trasmessa la preesistente predisposizione morbosa. L'influenza del padre

---

Zeitschr. f. Psych., LII, 960; — Turner, *Journal of mental science, Juli* 1896; — Farguharson, *ebenda, Juli* 1898; — Warda, *Monatsschrift für Psychiatrie, IV,* 388, 1898.

sembra in generale che agisca più potentemente, per l'ereditarietà, che non quella della madre. Si trasmette più facilmente ai maschi, mentre la madre influisce più sulle femmine. Però il sesso femminile è sempre un po' più sensibile alla trasmissione ereditaria della predisposizione morbosa, che non i maschi.

Al contrario presentemente, specialmente riguardo agli animali, è molto dubbio se veramente, come si è supposto frequentemente, una stretta parentela dei genitori (1) porti in sè stessa, come conseguenza, una degenerazione dei figli. Le osservazioni che parlano apparentemente in questo senso, possono invece, con grande probabilità essere riportate ad una eredità accumulata di predisposizioni morbose in famiglie già degenerate. Ma simile accoppiamento fra consanguinei sembra che abbia in verità una influenza estremamente nociva per le generazioni future, come è provato specialmente dall'esempio di molte famiglie ebree, e anche di alcune famiglie aristocratiche e regnanti. Quando però i genitori sono completamente sani, lo sviluppo dei discendenti è difficilmente, per la parentela del sangue, influenzato in modo morboso.

Se si ha un accumulo di influenze morbose, allora si produce infine una « tara organica » cioè si manifestano nei discendenti, sia nel campo intellettivo come nel morale, le gravi forme di *degenerazione* psichica. (2) Noi comprendiamo sotto questo nome tutte le abnormità che per se stesse, o nel loro successivo sviluppo costituiscono un serio pericolo per l'attività, la felicità personale o per l'attitudine a vivere in società. Morel stabilisce per questa progressiva degenerazione ereditaria la seguente legge generale: 1.ª Generazione. Temperamento nervoso, incapacità morale, dissolutezza. 2.ª Generazione. Tendenza ad attacchi apoplettici e a gravi nevrosi, alcoolismo. 3.ª Generazione. Disturbi psichici, suicidio, incapacità psichica. 4.ª Generazione. Forme originarie demenziali, deformità, arresti di sviluppo. Quindi questa successione produrrebbe necessariamente per sè stessa la distruzione della razza degenerata. Naturalmente non è possibile parlare di una regolarità così semplice in questi rapporti strordinariamente confusi e conosciuti solo nei loro contorni più grossolani. Innanzi tutto deve considerarsi che accanto alle influenze nocive esistono sempre influenze contrarie che tendono a compensare i disturbi e a far sviluppare

---

(1) Peipers, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., IVIII,* 793, 1901.

(2) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.* 1857; — Möbius, *Über Entartung, Grenzfragen des Nerven-und Seelenlebens,* H. 3 1900.

l'organismo in modo sano. Se non fosse così la razza umana sarebbe già da lungo tempo totalmente scomparsa. Perciò solo in circostanze molto sfavorevoli avviene in verità simile progressiva gradazione nella discendenza; in numerose famiglie degenerate noi vediamo con la mescolanza di sangue sano estinguersi nei discendenti le tracce della predisposizione morbosa. In ogni modo la frequente manifestazione di stati di debolezza originaria accanto, spesso, ad ingegno sorprendente in altri membri della famiglia, dovrebbe provare i gradi più gravi della labe ereditaria.

Delle singole malattie noi vediamo più frequentemente svilupparsi sul terreno ereditario la follia maniaco-depressiva, i disturbi mentali epilettici e isterici, ma specialmente le varie forme della pazzia degenerativa, le diverse forme della personalità morbosa, e infine forse anche la paranoia. Relativamente poco influenzate dai fatti ereditarii si mostrano le psicosi da infezione, gli stati da esaurimento, la pazzia dell'età involutiva, la paralisi progressiva e le malattie della corteccia che ad essa somigliano; mentre la dementia praecox, la idiozia e gli avvelenamenti cronici occupano un posto intermedio. Risulta perciò che le persone con labe ereditaria nelle quali dobbiamo appunto nel loro complesso ricercare la vera causa della pazzia, sono inclinate generalmente alle forme morbose costituzionali di permanente durata, oppure ad attacchi che si producono frequentemente. Non raramente il disturbo, giudicato solamente secondo le sue manifestazioni sembra relativamente molto lieve, perchè noi abbiamo da fare piuttosto con un individuo abnormemente sviluppato che con un processo morboso a decorso circoscritto. Appunto la combinazione di manifestazioni psicopatiche pronunciate con idonee o anche considerevoli capacità psichiche. come avviene spesso, può essere riguardato fino ad un certo punto come un segno caratteristico della pazzia a base ereditaria. Anche l'insorgere di certe strane manifestazioni morbose: perdita rapida del pudore o del ribrezzo mentre i giudizii sono conservati, pronunziati segni psicogeni, impulsività e stravaganza nel contegno e nell'azione, inclinazione alla malignità ed alla brutalità, sogliono, con maggiore o minore ragione, essere considerati quali segni della degenerazione ereditaria.

Solo nelle forme più gravi della degenerazione ereditaria gli stati morbosi vengono trasmessi come tali; di regola si riscontra soltanto la trasmissione di una *predisposizione* morbosa, di una minore capacità di resistenza della psiche che porta alla vera pazzia solo quando sul terreno della predisposizione ereditaria, sfavorevoli influenze spiegano la loro azione nociva. Così si spiega perchè l'inizio del disturbo mentale in individui con predisposizione ereditaria suole coincidere con speciale pre-

ferenza con quei periodi della vita nei quali, per cause esogene o endogene, l'equilibrio psichico è esposto a gravi oscillazioni; specialmente nell'età dello sviluppo o nel periodo involutivo. Poichè noi vediamo d'altronde, che in soggetti « robusti » non affetti da labe ereditaria, possono prodursi disturbi mentali in generale solo per cause nocive molto energiche, e quindi possono guarire oppure terminare con una forma morbosa psichica più o meno grave, allora è quasi inutile dire che naturalmente tra questi due casi ben delimitati esistono tutti i possibili passaggi. Ciò si spiega con la varia influenza che la predisposizione ereditaria può spiegare sull'origine delle singole forme cliniche della pazzia. Ugualmente si comprende con grande facilità come i rapporti tra la eredità e determinati quadri morbosi psichici siano innanzi tutto solo statistici: e che quindi nel caso determinato, la predisposizione ereditaria possa essere senza dubbio sostituita anche dall'accumularsi di sfavorevoli influenze di altro genere, e che viceversa anche un individuo colpito in alto grado da labe ereditaria possa essere colpito per una causa esogena da un disturbo psichico, non periodico, guaribile.

La forma clinica come il decorso del disturbo psichico ripetono in alcuni casi con grandissima fedeltà il quadro morboso del predecessore dal quale proviene l'eredità (eredità *similare)*. Parecchie generazioni possono in tal modo l'una dopo l'altra terminare col suicidio, o può per la stessa causa, nella stessa età, giungere allo sviluppo la stessa malattia nei predecessori e nei successori. Molto frequentemente si vedono anche fratelli, specialmente gemelli (1) ammalare in modo perfettamente uguale od almeno simile, in date circostanze con un accordo sorprendente nei dettagli. Per lo più si tratta in questi casi della follia maniaco-depressiva o della dementia praecox. Inoltre secondo le esatte osservazioni di Siolis sembra che le forme affettive della pazzia da una parte e la demenza dall'altra nell'eredità, si escludono reciprocamente fino ad un certo grado. (2) Ugualmente riscontrò Vorster, che cioè la dementia praecox e la follia maniaco-depressiva mostrano in alto grado la tendenza a trasmettersi ereditariamente nella stessa forma fondamentale, quantunque nelle diverse varietà cliniche; egli considera il legame dei rapporti ereditarii che intercede tra l'uno e l'altro gruppo di così svariati quadri morbosi addirittura come una prova del loro intimo rapporto clinico. Inoltre a me sembra che l'epilessia e l'alcoolismo anche in rapporto

(1) Herfeldt, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LVII,* 25; — Soukhanoff, *Annales médico-psychol., VIII,* 12, 214, 1900.

(2) Sioli, *Archiv für Psychiatrie, XVI;* — Vorster, *Monatsschr. für Psych.,* IX, 161; — Trénel, *Annales médico-psych., VIII,* 11, 96, 1900.

alle relazioni ereditarie stanno l'una con l'altra in stretta parentela, ugualmente l'isteria e le diverse forme della pazzia degenerativa. La gravità della malattia può in tal modo aumentare o diminuire nelle successive generazioni.

Non si deve però disconoscere che la riproduzione dello stesso o del quadro morboso molto simile nei genitori e nei figli o tra fratelli, non costituisca una legge, ma solo una regola. Si danno parecchi esempi nei quali nella stessa famiglia insorgono forme morbose del tutto diverse. Noi parliamo anche di una eredità trasformantesi. In questa possono manifestarsi l'uno accanto all'altro i più svariati sintomi della pazzia. Certamente è dubbio come in tali casi si possa, e fino a qual punto, parlare veramente di una eredità. Forse il fatto che si hanno queste disuguaglianze è dovuto appunto non all'eredità, ma all'influenza di altre cause accidentali o personali. Giungeremo allora alla conclusione che là, dove può essere senza meno dimostrata una intensa eredità si manifestano ogni volta l'una vicino all'altra solo determinate forme di pazzia, quali anelli di una stessa catena ereditaria. Ma dove viene trasmessa solo una generale predisposizione morbosa, la particolare forma clinica della malattia verrà determinata essenzialmente dalla caratteristica personale e dalle manifestazioni della vita.

Infatti la osservazione delle personalità psichiche di famiglie degenerate c'insegna che da una parte sembra venga trasmessa la predisposizione a malattie mentali ben determinate; mentre in altri casi si tratta solo di una generale inferiorità morbosa, che può manifestarsi con diversissimi segni individuali. Nel campo intellettivo riscontriamo quali segni della degenerazione, accanto alla ristrettezza mentale, una sorprendente incapacità in singoli campi, a volte legata a parziale talento, ad insufficienza o predominio della forza immaginativa, una aumentata suggestibilità, una grande facilità nello stancarsi. Massimamente sogliono essere pronunziati però i disturbi della sfera emotiva e volitiva. Riscontriamo qui grande eccitabilità emotiva, umore capriccioso, mancanza di emotività, stati ansiosi; d'altra parte facilità a lasciarsi persuadere, impulsività nell' agire, mancanza volitiva, stimoli morbosi. Specialmente caratteristica per gli stati degenerativi sembra essere la limitazione dei disturbi a singole sfere della vita psichica. Perciò si hanno quelle personalità discordi, inadeguate, enigmatiche, nelle quali profonde deficienze psichiche sono legate a splendido talento in altri campi. Proprio tali soprendenti capacità in individui degenerati, sono state quelle che hanno dato adito alla supposizione sostenuta da molti che il genio non sia altro che una manifestazione di predisposizione morbosa.

Quali segni somatici della degenerazione ereditaria (stigmata hereditatis), si sogliono considerare alcune abnormità che si riscontrano con una certa frequenza nei soggetti con labe ereditaria. A tali segni appartengono le deformità dello scheletro, del cranio, dei denti, delle mascelle, del palato, delle orecchie, degli occhi, dei genitali; le asimmetrie, l'albinismo, alcune alterazioni cutanee, la mancanza, la troppa abbondanza o la speciale divisione del sistema pilifero; inoltre tutta una serie di disturbi nervosi: tremori, contrazioni muscolari, balbuzie, strabismo, nistagmo, ruminazione, ecc. Una parte di queste abnormità viene interpretata come fatto regressivo, e come somiglianza con gli animali, un'altra come arresti di sviluppo. Se tale spiegazione è giusta, la loro relazione con la degenerazione psichica è insufficientemente comprensibile. Noi possiamo facilmente spiegarci che là dove appaiono segni visibili di un difettoso sviluppo somatico, possono essere stati facilmente colpiti anche quei tessuti che noi consideriamo come fondamento della personalità psichica. Di gran lunga meno sicura è tale conclusione quando le irregolarità dipendono da determinati processi morbosi. Noi possiamo in tal caso prenderli in una certa considerazione quando essi per lo meno riguardano una parte qualsiasi del sistema nervoso.

Disturbi di sviluppo. — Quasi completamente sconosciuta è fino ad ora l'influenza che sulla predisposizione psichica hanno quelle cause nocive le quali, senza essere ereditarie, riguardano il primo periodo dello sviluppo, benchè, con grandissima verosimiglianza, possono essere a volte di grandissima importanza. Così si ripete che l'ubbriachezza durante il coito può indurre nei discendenti l'epilessia, che una violenta emozione della madre durante la gravidanza può indurre nel bambino una predisposizione psicopatica. Che inoltre altre cause somatiche: nutrimento insufficiente, età troppo giovane o troppo matura dei genitori, finalmente malattie dei genitori o del feto possano avere una grande, seppure nei singoli casi non ancora determinabile importanza per lo sviluppo cerebrale e quindi anche per la predisposizione psichica del bambino, non ha bisogno di una più estesa spiegazione. Di importanza specialissima sono senza dubbio per i discendenti tutte quelle malattie dei genitori che inducono profondi sconvolgimenti nel completo stato somatico, e che quindi recano nocumento indirettamente, e talvolta anche direttamente, alle cellule germinative. In prima linea sono qui da ricordare l'alcoolismo e la sifilide, delle quali è abbastanza ben conosciuta l'influenza rovinosa sulla vitabilità e sulla salute dei figli. Simili, sebbene più deboli azioni vengono attribuite alla tubercolosi, al diabete, al morfinismo ed a molte altre forme croniche.

Inoltre noi siamo autorizzati a ritenere, che anche senza una ma. lattia della madre, l'embrione possa subire lesioni indipendenti delle quali noi finora non conosciamo affatto le cause. Le osservazioni sulle basi organiche dell'idiozia hanno fatto pensare che qui solo in una piccola parte di casi si tratti di difetto di sviluppo, ed invece, per lo più, di malattie più o meno estese della corteccia cerebrale del feto. Per quanto è possibile dare un giudizio in tale quistione, è facile pensare ad intossicazioni per mezzo dei prodotti del ricambio materiale, o di infezioni. Alcune di queste malattie non lasciano dietro a sè alcun grossolano mutamento; in altre riscontriamo idrocefalia, porencefalia, microgiria, microcefalia e simili fenomeni distruttivi che lasciano riconoscere senz'altro la grave lesione cerebrale.

Educazione. — Più facilmente ci riesce comprensibile il significato della educazione sullo sviluppo della personalità psichica. È vero che oggi ancora non sappiamo fino a qual punto l'educazione possa avere un influenza sul carattere umano e fino a qual punto possa trasformarlo. Le ipotesi su questo proposito oscillano tra dubbiosa incredulità e fiduciosa speranza. La semplice osservazione mi sembra che insegni che si riscontrino veramente nella natura i rapporti i più diversi. Da una parte esistono senza dubbio alcune proprietà del tutto generali le quali fin dall'inizio dimostrano le caratteristiche individuali. Per tal fatto parla oltre molte altre ragioni la sorprendente evidenza con la quale spesso si manifestano tra fratelli di piccolissima età differenze nella predisposizione, che più tardi non si cancellano in alcun modo per quanto svariate siano le vicende della vita. Così conosciamo degli individui che vengono spinti irrimediabilmente alla malattia mentale, mentre altri dimostrano già fin dalla prima infanzia, sia nel pensare che nell'agire, una sicura obbiettività che li accompagna per tutta la vita. Evidentemente si tratta qui di differenze stabilite molto profondamente, per la spiegazione delle quali si possono ammettere a piacere le differenze di dimensione dei singoli organi l'uno con l'altro, della composizione chimica dei tessuti e simili.

Ma d'altra parte non si vorrà mettere in dubbio che il modo dell'educazione dei giovani possa nondimeno diventare di grande importanza per il successivo sviluppo della esistente disposizione, e con ciò anche per la totale formazione delle manifestazioni della vita. Noi riconosciamo ciò non solo per la forte partecipazione dei bastardi e degli individui abbandonati al delitto, al suicidio ed alla pazzia, ma anche dalla formazione dei tipi umani secondo le impressioni dell'infanzia. I contrasti tra le popolazioni di città e di campagna, le caratteristiche degli abitanti delle spiaggie, delle montagne e dei confini non si cancellano neanche

quando più tardi gli individui si trovano in tutt'altra condizione. Vero è che qui sopratutto, come anche nelle famiglie di delinquenti, di scienziati e di artisti, riesce difficile separare l'influenza dell'eredità da quella dell'educazione. I compiti generali della educazione sono innanzi tutto il perfezionamento ragionevole del fanciullo, tale che lo renda capace di raccogliere ed elaborare le esperienze, ma anche la costituzione di un carattere fermo che agisca secondo principii univoci e morali. Nei due sensi può l'educazione rimanere inferiore alle esigenze che la lotta per la vita pretende dall' attività o dalla capacità di resistenza dell' individuo. La trascuranza nel perfezionamento intellettivo espone a tutti i pericoli della mancanza di criterio e della supestizione e rende più difficile la vittoria sopra quelle difficoltà che si presentano nella lotta per la conquista di una posizione indipendente. D'altra parte però il sovra affaticamento del cervello giovanile può portare con sè grave nocumento, lo esaurisce prematuramente, e rende così impossibile il suo perfetto sviluppo. Ciò vale specialmente per quei bambini che già ereditariamente sono grandemente eccitabili o facilmente esauribili. L'impedimento del libero sviluppo personale per troppa severità e scrupolosità, fa divenire l'individuo poco generoso e poco comunicativo e soffoca il germe di quei sentimenti gentili di benevolenza e di amore umano, dalla forza dei quali sopra tutto dipende il perfezionamento morale della volontà. Finalmente infiacchire per tenera compiacenza lascia raggiungere agli istantanei capricci e stimoli un invincibile imperio sopra le azioni, ed impedisce perciò lo sviluppo di una personalità determinata ed unica, in sè stessa fermamente costituita. Alle influenze della educazione si aggiungono più tardi quelle dovute all'esperienza della vita, ora migliorando e nobilitando, ora distruggendo e soffocando ciò che la educazione aveva creato. Tutte le cause somatiche e psichiche già enumerate: lesioni, malattie ed intossicazioni di ogni genere, influenze esaurienti, sovra-affaticamento, emozioni, eccessi, ecc. possono qui, quando non cagionano addirittura una malattia psichica, avere un influenza trasformatrice o preparatrice individuale. Anche qui ci si mostrano i tipici tratti che le diverse classi, professioni ed altri gruppi sociali, improntano ai loro membri riguardo al modo di concepire il mondo, alle loro idee morali, alla condotta della vita ed anche in tutte le possibili esteriorità, sicchè non solo la disposizione dell'individuo ne stabilisce il destino ma, reciprocamente, quest'ultimo esercita una azione sullo speciale sviluppo della sua individualità personale. Certamente oggi ci manca ancora ogni punto d'appoggio per giudicare in modo preciso l'influenza che forse l'educazione potrebbe in alcuni casi indurre sulla frequenza e sui caratteri della pazzia.

II

Le manifestazioni della pazzia

La totalità dei fenomeni clinici che vengono prodotti dal processo morboso della pazzia, sono da noi indicate quali sintomi di questa. Di questi segni morbosi hanno qui bisogno di una più esatta considerazione generale solo quelli che ci dimostrano i cambiamenti psichici. Le diverse manifestazioni morbose somatiche, i sintomi nervosi di irritazione e di paralisi di ogni specie, i disturbi vasomotori, trofici, ecc. appartengono per la loro natura al campo della neuropatologia. Essi hanno invero in alcuni casi una grandissima importanza per la conoscenza di determinati processi morbosi, ma non appartengono alle manifestazioni della pazzia come tale e perciò saranno presi in considerazione solo più tardi quando ci occuperemo della esposizione delle forme morbose cliniche.

In massima le manifestazioni della vita psichica si distinguono in tre campi principali: la raccolta, la fissazione e l'elaborazione psichica del materiale di osservazione; le oscillazioni dell'equilibrio emotivo; ed infine la volontà e l'azione. In questi tre campi dovremo perciò cercare i disturbi fondamentali delle capacità psichiche, dalle diverse unioni delle quali vediamo prodursi i singoli quadri morbosi psichici. La massima varietà nelle manifestazioni è dimostrata nella nostra divisione da quel gruppo di processi psichici che racchiude in sè la raccolta e la conservazione delle impressioni sensoriali, l'elaborazione di queste ultime per la formazione di idee e di concetti, e finalmente il perfezionamento delle più elevate azioni intellettive.

A. *Alterazioni del processo di percezione*

La percezione di uno stimolo esterno dipende generalmente da due condizioni diverse, cioè dalla costituzione del sistema sensoriale periferico e centrale, e dallo stato di coscienza che deve ricevere l'im-

pressione. Tutte le alterazioni che modificano in modo patologico l'uno o l'altro di questi sistemi hanno in sè la possibilità di pregiudicare, in maggiore o minor grado, la percezione del modo esterno. Dove gli organi periferici destinati alla recezione degli stimoli sono divenuti incapaci di condurre (cecità, sordità), o dove son sorti impedimenti che hanno reso impossibile la conduzione degli stimoli, vi è completa assenza di determinate specie di immagini sensoriali nel patrimonio dell'esperienza. Che la evoluzione della personalità psichica rimanga più o meno imperfetta dipende dalla importanza psicologica di tali immagini e dalla possibilità di una sostituzione per mezzo di altri sensi. La massima importanza per lo sviluppo intellettuale sembra spetti all'udito evidentemente per i suoi intimi rapporti con la parola, a cui noi dobbiamo in prima linea la trasmissione del patrimonio intellettuale di razze passate. Se pur sono noti singoli casi nei quali, per mezzo di una educazione estremamente faticosa, potè, con l'aiuto del tatto, venire in certo modo compensata perfino la perdita della vista e dell'udito, pure sordomuti non istruiti rimangono per tutta la loro vita in uno stato di debolezza intellettuale, anche quando, come avviene spesso, la sordità non è unita ad una malattia generale del cervello. Sembra invece che lo sviluppo intellettuale dei ciechi non soglia essere impedito in alto grado dall'assenza delle percezioni visive.

Disturbi psico-sensoriali (1). — Un interesse clinico psichiatrico molto maggiore hanno quei disturbi della percezione che sono determinati non da completa assenza dei processi, ma dallo svolgersi di questi nelle vie sensoriali in maniera patologica onde si determina non una mancanza di percezioni sensoriali, ma un *cambiamento* nel loro contenuto, una *falsificazione* di esse. Ogni organo sensoriale viene da uno

(1) Ricordiamo l'importantissimo studio del Prof. A. Tamburini « Sulla genesi delle allucinazioni ». *Riv. Sper. di Freniatria e Med. Leg.* Anno VI–1880.

In questo studio l'Autore ammette che le allucinazioni abbiamo la loro sede necessaria nei centri sensorii corticali morbosamente eccitati o direttamente nei centri corticali stessi o per stimoli periferici, o nei centri dell'ideazione. L'illusione non è che una allucinazione nella quale l'eccitamento morboso del centro sensorio corticale è ridestata da una impressione reale proveniente da un oggetto esterno.

Il Prof. E. Tanzi *Riv. Sper. di Freniatria* 1898; *Trattato di Psichiatria,* 1905 ammessa l'esistenza di centri rappresentativi distinti da quelli delle sensazioni, spiega l'allucinazione con l'ipotesi che in condizioni patologiche le vie che dai centri sensoriali mettono al centro di rappresentazione acquistino la proprietà di lasciarsi percorrere in senso inverso in modo che una idea, un simbolo più o meno cosciente rifluisca dalla regione associativa ai centri di sensibilità da cui era partita come sensazione.

stimolo qualsiasi eccitato in un modo particolare, « specifico ». Dappertutto perciò quando lo stimolo che determina la impressione non è quello usuale e conforme al senso colpito, deve sorgere una *illusione* sulla natura dell'oridine dello stimolo. Così in senso assoluto il bagliore il rumore che insorgono nell'occhio e nell'orecchio sotto l'azione della corrente elettrica, la sensazione gustativa nell'eccitamento meccanico della corda del timpano sono da riguardarsi come false percezioni anche se non, con l'aiuto della riflessione e basandoci sulle nostre esperienze filosofiche le riconosciamo subito per tali in modo che non ne derivi una falsificazione ulteriore della nostra coscienza. Tuttavia nei soggetti affetti da malattie mentali, e segnatamente quando esistono notevoli alterazioni della coscienza, i fenomeni luminosi subbiettivi in seguito a iperemia dell'occhio, il ronzio ed il tintinnio nell'orecchio possono, in determinate circostanze, risvegliare l'immagine di pericoli minacciosi: come fuoco, acqua e simili, e determinare in tal modo una illusione reale e non compensata. Tali illusioni di origine periferica sono state dette *elementari* perchè appunto a causa del loro punto originario nelle superfici che ricevono lo stimolo, portano i segni distintivi delle illusioni sensoriali semplici. Noi potremo anche, considerandole come illusioni nello stretto senso metterle in riscontro alle illusioni di percezione e di immaginazione che tratteremo più avanti.

Seguendo il percorso dei nervi di senso verso la corteccia cerebrale, noi giungiamo a quei punti in cui i singoli elementi costituenti la percezione, quali essi vengono forniti dagli organi di senso, si uniscono in una impressione unica che arriva poi alla coscienza comue una rappresentazione sensoriale. Finora noi non possiamo certamente dir nulla di sicuro sulla localizzazione anatomica di questi centri; la cosa più probabile però, specialmente in relazione alle nozioni cliniche e sperimentali sulla « cecità psichica » è che, almeno nell'uomo e negli animali superiori, le cosidette superfici centrali sensoriali, ossia le ultime terminazioni delle vie di senso nella corteccia debbano considerarsi come centri. È chiaro senz'altro che anche qui stimoli *non sensoriali,* come p. e. alterazioni circolatorie, veleni e simili, possano determinare eccitamenti che rassomigliano molto agli eccitamenti abituali dovuti a impressioni sensoriali; e ciò tanto più facilmente se, anche indipendentemente da questi stimoli, l'eccitabilità della zona cerebrale corrispondente è in quel momento aumentata da un'altra influenza qualsiasi. In tali condizioni può sopravvenire nella coscienza una rappresentazione sensoriale più o meno completa, causata non da uno stimolo sensoriale, ma da un fisiologico o patologico stato di eccitazione nei segmenti superiori

del distretto sensoriale corrispondente. Siccome tale rappresentazione viene ciononostante riferita ad un oggetto esteriore, noi ci troviamo in tal caso dinanzi ad una falsificazione del processo di percezione basata sopra un errore intorno alla vera origine dello stimolo sensoriale (1).

Questo gruppo di disturbi psico-sensoriali che, a causa della loro probabile origine nei « centri di percezione » si possono forse qualificare come fantasmi di percezione (allucinazioni deliranti), è quello che più si avvicina alla percezione abituale. Certamente questi disturbi che negli individui sani si presentano spesso prima dell'addormentarsi (allucinazioni ipnagogiche), raggiungono in questi solo eccezionalmente una notevole vivacità. In condizioni patologiche invece la chiarezza delle false percezioni può diventare così grande da render solo possibile la correzione di tale falsificazione mediante l'aiuto degli altri sensi. Al pari delle immagini che ad occhi chiusi sorgono nel campo visivo, esse sono ordinariamente indipendenti dalla volontà e dai rimanenti processi ideativi ed anche per questo si presentano alla coscienza come qualche cosa di estraneo, di sostanziale, che viene dal di fuori, e la di cui origine soggettiva rimane nascosta completamente. Per lo stesso motivo esse hanno per lo più un contenuto relativamente uniforme, poco variabile (allucinazioni stabili di Kahlbaum): ripetizione delle medesime parole talvolta prive di senso, frequente percezione dello stesso odore, visione di dati oggetti, fiori, animali e simili. Siccome esse si basano su stati di eccitazione centrale, non sono collegate con l'attività degli organi sensoriali periferici e possono essere osservate anche quando vi è una distruzione completa dei nervi sensoriali e delle loro prime terminazioni, i nuclei. In modo particolarmente chiaro è indicato il loro luogo d'origine in quei casi di emianopsia in cui i voti vengono colmati da false percezioni. Qui il processo patologico nella corteccia cerebrale toglie le impressioni visive reali e origina nello stesso tempo le immagini illusorie. Nei rari casi in cui si presentano allucinazioni nella metà conservata del campo visivo, si riscontrò alterata la corteccia dei lobi posteriori in ambo i lati. L'apparire improvviso di vivaci senzazioni luminose è stato anche osservato nel rapido insorgere di cecità bilaterale di origine corticale.

---

(1) Johannes Müller, *Ubcr die phantastischen Gesichtscrscheinungen.* 1816; — V. Krafft-Ebing, *Die Sinnesdelirien,* 1864; — Kahlbaum, *Allgem. Zcitschr. f. Psychiatrie, XXIII;* — Hagen, *ebenda, XXV;* — Kandinsky, *Kritische und klinischc Betrachtungen im Gebiete dcr Sinnestäuschungen* 1885; — Parish, *Über die Trugwahrnehmung.* 1894; — Berze, *Jahrbücher f. Psychiatrie, XVI,* 285; — Uhthoff, *Monatsschr, für Psych., V,* 241, 1899.

Sembra tuttavia che anche influenze *periferiche*, possano direttamente o indirettamente determinare nei segmenti superiori delle vie sensoriali stati di eccitazione che conducono alla produzione di disturbi psico-sensoriali. Ciò accade, come è chiaro tanto più facilmente quanto più grande è l'irritabilità di quelle zone cerebrali. In condizioni patologiche bastano generalmente gli stimoli abituali per produrre le suddette falsificazioni dei processi percettivi; in altri casi esse compaiono appena l'*attenzione* si dirige sul dominio sensoriale corrispondente ed eleva i leggeri stati di eccitazione di esso oltre la soglia della coscienza: o quando una emozione aumenta transitoriamente la suscettibilità allo stimolo. Esse scompaiono perciò appena l'ammalato si tranquillizza o viene distratto da una conversazione, da una occupazione materiale o psichica, o se vien trasportato in un ambiente nuovo. Parecchi ammalati si sottraggono, per quanto è loro possibile, alle impressioni reali per seguire indisturbati i loro disturbi psico-sensoriali; altri al contrario cercano di produrre vivaci percezioni per sfuggire a quelle. Io conobbi un ingegnere che con mezzi semplicissimi costruì un piccolo istrumento sonoro per sopraffare con esso le voci che lo tormentavano.

A favore della cooperazione di stimoli esterni per l'origine delle allucinazioni depone la circostanza che queste ultime scompaiono talvolta se la sorgente sensoriale viene chiusa. In alcune allucinazioni visive si sono vedute le immagini allucinatorie muoversi durante i movimenti oculari, venir raddoppiate per mezzo di prismi; fenomeni questi che indicavano l'influenza di vere, quantunque forse poco chiare, immagini visive sulla percezione falsa. Sarebbe anche possibile che la ferma abitudine di dedurre dai movimenti dei muscoli oculari la posizione dell'oggetto nello spazio, influenzasse anche la trasposizione delle allucinazione verso l'esterno e che il raddoppiamento prismatico di oggetti vicini relamente visti si estendesse anche sulla falsa percezione insorta indipendentemente dalla retina, come è stato osservato nelle allucinazioni ipnotiche. Sembra che i vetri colorati non colorino queste allucinazioni visive.

È inoltre da notare l'apparizione, occasionalmente osservata di allucinazione uditive *unilaterali* (1) e così pure la constatazione che in soggetti affetti da lungo tempo da allucinazioni uditive, si riscontrano spesso malattie croniche dell'orecchio medio e modificazione nella reazione elettrica del nervo acustico (2).

---

(1) Robertson, *Journal of mental science*, 1901, *april*, 277.

(2) Jolly, *Archiv f. Psychiatrie, IV*; — Buccola, *Rivista di freniatria sperimentale, XI*, 1885; — Redlich *u.* Kaufmann, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1896, 33.

Oltre alla semplice iperestesia si trova qua e là una reazione paradossa dell' orecchio ed anche la forma più grave dell'alterazione, l'inversione della formula per la semplice iperestesia. Come JOLLY ha mostrato, riesce qui non raramente possibile di determinare le allucinazioni per mezzo di uno stimolo elettrico dell'acustico. LIEPMANN fu in grado di produrre nei deliranti da alcool, per mezzo di una leggerà pressione sugli occhi chiusi, anche dopo decorsi i fenomeni violenti della malattia, chiare allucinazioni visive, le quali nelle loro forme variopinte rassomigliavano del tutto alle false percezioni che si hanno in quella malattia. BONHÖFFER che osservò qualche cosa di simile anche nel dominio della sensibilità cutanea, rimette secondo le sue esperienze l'importanza principale nella persuasione. Senza dubbio tali disturbi raggiungono la loro forma definita solo con l'aiuto delle immagini mnemoniche. Ma debbono pure parteciparvi stati di eccitazione della retina, e ciò è indicato anche dalla circostanza che talvolta fu sufficiente il semplice bendamento degli occhi con un fazzoletto per far sorgere i disturbi sensoriali; apparentemente le leggere eccitazioni locali della retina ebbero maggior valore con la eliminazione della luce. Queste esperienze ci rammentano la osservazione di NÄGELI, il quale dopo essersi bruciata la cornea con alcool, potè osservare per lungo tempo accentuate allucinazioni visive davanti ai suoi occhi bendati.

Di regola le falsificazioni dell'osservazione esterna sogliono compiersi in tal modo in un solo territorio sensoriale. Tali disturbi sono certo più frequenti nel campo dell'*udito* e della *vista,* più rari in quelli degli altri tre sensi e nella cerchia oscura di quelle percezioni che noi conosciamo sotto il nome collettivo di sensibilità generale.

ESQUIROL con l'osservazione clinica, e dopo di lui con la pratica la maggioranza degli studiosi, ha distinto due specie di disturbi psico-sensoriali: quelli cioè in cui non vi è una sorgente esterna di eccitazione: le *allucinazioni;* e quelle che sono da considerarsi solo come la falsificazione di una percezione reale per mezzo di attività propria: le *illusioni.* (1) In casi isolati questa divisione è spesso estremamente difficile o completamente impossibile. Così noi non siamo quasi mai in grado, specialmente nei sensi di tatto, odorato, gusto, sensibilità cutanea di escludere con sicurezza la presenza di una qualsiasi causa esteriore di eccitazione (processi di decomposizione nella bocca o nelle cavità nasali, alterazioni del contenuto sanguigno, oscillazioni della temperatura

(1) JULLY, *Die Illusionen. I..ternat. wissenschaftliche Bibliothek.* 1883

del corpo ecc.), e ciò naturalmente ancora meno nei disturbi della sensibilità generale. Inoltre, come è già stato accennato, stimoli non dimostrabili, come p. e. nella vista la luce propria della retina, nell' udito rumori endo-auricolari ecc. forniscono la materia grezza per la formazione delle false percezioni. In altri casi tuttavia i vari modi di origine sono senz'altro evidenti. Il pauroso che crede spettri i tronchi d'albero sporgenti e la nebbia ondeggiante (« ERLKÖNIG. »), l'ammalato che crede udire insulti e rimproveri nel suono delle campane, nello scricchiolio della penna, nel fischio della locomotiva, nel latrato dei cani, nel rumore delle carrozze, hanno indubbiamente « illusioni » mentre noi dobbiamo molto verosimilmente indicare come « allucinazioni » i disturbi visivi, a tutti noti, degli alcoolizzati, le « voci » che tormentano o rendono felice il colpevole nella quieta cella della sua prigione. Fra le due forme vi sono tutte le gradazioni possibili; la illusione in fondo non è altro che una forma mista ripetutamente variabile di percezioni vere e di aggiunte ingannatrici. Noi ricordiamo qui il fatto che anche le nostre percezioni non rappresentano regolarmente una fedele riproduzione dell'impressione sensoriale, ma contengono un rilevante miscuglio di errori di percezione di cui noi stessi siamo incoscienti.

La proprietà comune a tutto questo gruppo di disturbi psico-sensoriali consiste nella *completa chiarezza* sensoriale di essi. Lo stato di eccitazione cerebrale corrisponde esattamente a quello che si riscontra nei processi usuali di percezione, e la percezione falsa che sorge si dispone perciò, senza distinzione, nella serie delle altre impressioni sensoriali. Gli ammalati non *credono* solo di vedere, di udire e di sentire, ma vedono, odono e sentono *realmente*.

Un modo di procedere diverso sotto molti rapporti offrono al contrario quei disturbi psico-sensoriali, impropriamente così chiamati che non sono altro che *rappresentazioni dotate di una forza speciale*. Il ripresentarsi di un'impressione precedente non suole per regola raggiungere mai da sè la chiarezza della percezione, ma si distingue sempre da quella in modo indubbio per la vivacità e l'acutezza minore. Vi sono frattanto sotto questo rapporto importanti differenze personali. Mentre da alcuni osservatori viene negata alle immagini mnemoniche ogni impronta precisa di forma e di colore, altri, e specialmente gli artisti, assicurano che esse sono per forza sensoriale di poco inferiore alle percezioni immediate. Anche la disposizione sensoriale personale ha qui una grande importanza. Dove le immagini visive predominano nella vita psichica esse mostreranno, conformemente alla loro natura, una ricchezza di aiuti particolari molto maggiore che dove le immagini uditive o muscolari formano il fondamento essenziale del pensiero.

In condizioni patologiche rappresentazioni e immagini che sorgono possono manifestamente raggiungere talvolta un grado così elevato di chiarezza sensoriale, da venir percepite dai malati come percezion reali di qualità speciale. Una intera serie di studiosi è perfino d'opinione che tutte le false percezioni siano da ritenersi immediatamente come rappresentazioni immaginarie di straordinaria vivacità sensoriale. Solo la circostanza che negli allucinati non assolutamente tutti, ma solo speciali gruppi di rappresentazioni sembrano avere una parte nei disturbi psico-sensoriali e che accanto a questi ultimi sogliono decorrere continuamente anche rappresentazioni usuali impallidite e senza forma, indica che deve esistere un'altra causa speciale perchè una rappresentazione possa raggiungere la chiarezza di una percezione.

La spiegazione più ovvia e più accettata per questo processo è la ipotesi di un'*eccitazione retrogada delle vie sensoriali nel cervello.* Noi abbiamo già visto che gli stati di eccitazione di queste ultime debbono prendere la forma di una percezione sensoriale, giacchè tutte le impressioni sensoriali possono insorgere nella nostra coscienza solo per mezzo di quelle eccitazioni. Se dunque sono questi i segmenti del cervello, per l'eccitazione dei quali la percezione raggiunge la sua proprietà sensoriale, si può supporre che vi sia una partecipazione minore o maggiore di essi al processo di vivace rinnovazione di impressioni precedenti. Un tal modo di vedere spiegherebbe specialmente il fatto che fra i disturbi psico-sensoriali completamente chiari e i pallidi ricordi vi sia una serie ininterrotta di gradazioni; un modo di procedere che si potrebbe spiegare nella maniera più naturale con l'ammettere una contemporanea eccitazione più forte o più debole delle vie sensoriali. È possibile che perfino nei pensieri usuali lo stimolo retrogrado: la ripercezione « Reperception » come l'ha chiamata Kahlbaum, si ritrovi sempre in grado minimo, e che solo quando questo processo raggiunge una estensione patologica o quando le vie sensoriali si trovano in uno stato di aumentata eccitabilità, la vivacità delle immagini mnemoniche si avvicini a quella delle percezioni sensoriali. Così esisterebbe in certo modo un rapporto determinato fra la intensità della ripercezione e la eccitabilità delle vie sensoriali. Quanto più grande sarebbe l'eccitabilità di queste ultime, tanto più facilmente le immagini mnemoniche manterrebbero l'impronta della chiarezza sensoriale, tanto più debole dovrebbe esssere l'onda di eccitazione retrograda per determinarle, e tanto più esse sarebbero indipendenti dal corso delle rappresentazioni. Il limite sarebbe dato dai disturbi di percezione di cui abbiamo precedentemente parlato che hanno la loro base in stimoli locali, le quali illusioni si presentano all'ammalato come qualche cosa di eterogeneo, che incalzi dal di fuori.

Il limite dalla parte opposta è formato da quei casi in cui si tratta in modo chiaramente riconoscibile non di caratteristici disturbi psicosensoriali, ma solamente di rappresentazioni molto vivaci. Ad un esame accurato è possibile stabilire che le manifestazioni dell' ammalato che prima parevano accennare a false percezioni, non sono impressioni sensoriali, ma « interne », che però a causa della loro chiarezza debbono essere distinte dalle ordinarie rappresentazioni. Qui bisognerebbe immaginare forse che la ripercezione fosse fortemente sviluppata, ma l'eccitabilità delle vie sensoriali non accresciuta. In favore di questo modo d'intendere depone la circostanza che il gruppo, nominato per ultimo, delle *allucinazioni d'immaginazione* che si sono anche indicate come *allucinazioni psichiche* (Baillarger) *pseudo-allucinazioni* (Hagen) o *allucinazioni di appercezione* (Kahlbaum), abbracciano per lo più parecchi o tutti i domini sensoriali, e che esse stanno continuamente in istretti rapporti con il contenuto della coscienza residuale; mentre le allucina zioni percettive che si trovano all'altro estremo della nostra serie di gradazioni, sogliono di regola, come ben si comprende, appartenere solo ad un dominio sensoriale e comportarsi in modo assolutamente indipendente rispetto al corso delle rappresentazioni.

Il concetto dei disturbi psico-sensoriali ha una spiegazione significante in quella speciale alterazione che si è indicata come « sdoppiamento del pensiero » (Doppeldenken.) Esso consiste essenzialmente nella trasformazione in sensazione uditiva (Lautwerden) dei pensieri dell'infermo. (1) Alla rappresentazione che sorge si unisce immediatamente una chiara percezione acustica della parola pensata. Questa allucinazione si presenta più facilmente nel leggere, un poco più raramente nello scrivere; cioè quando la rappresentazione di una parola si affaccia alla coscienza con una certa intensità; qualche volta essa si riscontra anche nel semplice pensare o si collega ad una qualsiasi indifferente percezione. Può precedere o seguire il processo che si svolge; la voce legge prima o pronunzia dopo; qualche volta prima e dopo. Il pronunziare sommessamente o ad alta voce le parole fa di regola sparire i suoni allucinatori. Ma oltreacciò esistono ancora altre allucinazioni uditive. Io conobbi un ammalato che credeva di leggere ad alta voce con l'aiuto dello sdoppiamento del pensiero per diletto di tutti i conoscenti sparsi dovunque e udiva sempre le loro osservazioni.

Per spiegare questi fenomeni allucinatorii si potrebbe forse ammettere una accresciuta eccitabilità della superficie sensoriale centrale, la

(1) Klinke, *Archiv für Psychiatrie, XXVI,* 147.

quale potrebbe benissimo, sotto l'influenza della ripercezione, riportare all'origine continua di false percezioni, che seguono passo a passo nel loro contenuto il progredire del pensiero nelle rappresentazioni della parola. Il distornare quegli stati di eccitazione sulle vie volitive sembra possa impedire fino ad un certo grado lo stimolo retrogrado delle superfici sensoriali per mezzo del corso delle rappresentazioni e perciò l'insorgere dello sdoppiamento del pensiero. Höppen riporta il caso di un ammalato nel quale le alterazioni sparivano se egli lavorava intensamente e con interesse e riapparivano quando rimaneva ozioso.

La difficoltà di separare completamente le rappresentazioni immaginative a vivacità quasi sensoriale dalle percezioni reali è la causa per cui negli alienati il miscuglio di impressioni sensoriali con elementi che derivano dal patrimonio delle proprie rappresentazioni diventa per la loro esperienza una sorgente fatale di falsificazioni. Questo processo che quali *illusioni dell'appercezione* noi possiamo mettere di fronte alle forme precedentemente trattate della illusione è, in un circuito più ristretto, molto frequente anche in circostanze abituali; il non vedere l'errore di stampa ne è un esempio molto conosciuto. La velocità con cui noi possiamo percepire forme e suoni già noti si basa essenzialmente sul fatto che le immagini mnemoniche rafforzano e completano senz'altro in noi le impressioni comuni prontamente ricevute, forse esatte nel loro complesso, talvolta però anche false. A nessuno può sfuggire quanto la percezione dell'individuo sano stia sotto l'influenza dell'opinione preconcetta, specialmente quando vivaci sentimenti turbano il concetto vero e chiaro del nostro ambiente. Anche l'osservatore più calmo e più positivo non è sempre completamente sicuro che le sue percezioni non si adattino inosservatamente alle idee con le quali egli si avvicina all'oggetto; e le emozioni sono notoriamente in istato di mettere la nostra concezione degli avvenimenti in una luce così diversa, da farci apparire spesso interamente incomprensibile in seguito l'allontanamento dalla realtà. Negli alienati le condizioni per l'insorgere di idee false sono spesso straordinariamente favorevoli: forti eccitazioni d'animo, grande vivacità di rappresentazioni, e infine — una condizione di cui si dovrà tenere maggior conto più tardi — incapacità di una critica ragionevole e di correzione delle osservazioni. Così accade che le impressioni sensoriali prendano, nel concetto nell'infermo, forme molteplici e stravaganti ed in tal guisa sono in grado di fornire, anche là dove non si riscontra alcun vero e proprio disturbo psico-sensoriale, il materiale per una falsa concezione del modo esterno. Da ciò dipende che un'ammalata scambi i rumori del di fuori per le grida dei suoi figli martirizzati a morte, o per lo stridor dell'inferno.

Naturalmente una simile falsificazione dell'esperienza insorge d'ordinario quando le impressioni fornite dai sensi non hanno una impronta chiara e netta, ma sono *indecise* e *confuse*. Come noi nella nostra vita abituale comprendiamo spesso male le percezioni non chiare, cioè le completiamo e interpretiamo con aggiunte proprie, così anche negli alienati gli errori di concezione hanno specialmente una grande parte allorquando la chiarezza delle impressioni sensoriali viene pregiudicata da una causa qualsiasi, segnatamente da alterazioni dell'intero stato psichico.

La falsificazione della percezione può anche essere suscitata in determinate circostanze da impressioni di altri sensi. KAHLBAUM ha dato a questo processo il nome di *allucinazioni riflesse*. Le percezioni dei singoli sensi sono così intimamente collegate che una impressione vivace può eccitare facilmente anche altri dominii sensoriali. Ad esempio dipende da ciò l'insorgere dell'immagine di un gatto quando ne sentiamo il miagolio. Questi rapporti dei singoli sensi si rivelano molto più direttamente nelle cosidette « impressioni secondarie »: alla visione di colori va unita la sensazione uditiva di suoni, od una sensazione gustativa ecc. Le impressioni spiacevoli degli spettatori acquistano spesso chiarezza sensoriale di penose sensazioni, ad es. la sensazione di fastidio nella gola nell' udire un cantante rauco, il solletico quando si minaccia un punto sensibile, la percezione di un colpo dato ciecamente e diretto verso di noi. MOURLY VOLD ha dimostrato inoltre che anche nei nostri sogni si compie molte volte una simile trasformazione di stimoli in rappresentazioni di un altro dominio sensoriale.

Questi processi hanno spesso nelle forme morbose un ufficio rilevante. Specialmente le sensazioni di movimento che si uniscono già così spesso in condizioni normali alle impressioni sensoriali, sembrano molte volte insorgere in tal guisa. (1) Vi sono così ammalati che sentono nella loro lingua le parole pronunziate intorno ad essi, ammalati per i quali uno sguardo, un contatto eccita una sensazione particolare di tensione o di rilasciamento in tutto il corpo. All'incontro IULIUSBURGER riferisce di un ammalato sordo e cieco che sentiva suonare dalle campane una melodia appena cercava di muovere ritmicamente verso destra gli occhi paralizzati. Talvolta questi rapporti prendono forme molto speciali: gli ammalati si sentono « riempiti di zuppa », « cuciti o lavorati a maglia » da una vicina, e simili. Di regola in tutti questi fatti

(1) CRAMER, *Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung*, 1889.

dovrebbe trattarsi non di semplice trasposizione degli stimoli sensoriali in altre vie, ma di cooperazione di immagini che sono preparate da lungo tempo e che rendono possibile per via di riflessioni più o meno chiaramente coscienti, l'unione delle sensazioni con la impressione originaria.

Una proprietà molto notevole delle illusioni sensoriali, la quale indica il modo d'origine di queste e segnala la loro importanza come fenomeni patologici, è la forza potente, irresistibile che esse sogliono raggiungere immediatamente sull'intero contenuto della coscienza dell'ammalato. È vero che anche in individui completamente sani di mente può riscontrarsi eccezionalmente una falsa percezione accentuata e che d'altra parte al principio o alla fine di un disturbo psichico le allucinazioni, per il loro contenuto inverosimile, vengono non raramente riconosciute per tali. Solo si vede quasi sempre come i disturbi psicosensoriali duraturi sopraffacciano il sano giudizio e come già in breve le ipotesi più insensate e più stravaganti vengano escogitate dal malato per sostenere la verità delle false percezioni e sfidare tutti i ragionevoli motivi di opposizione. Se anche nel tempo della guarigione la convinzione della natura patologica delle illusioni comincia a rafforzarsi, nel momento però dell'insorgere di queste ultime, l'ammalato viene quasi di regola trasportato di nuovo da esse.

Questo speciale fenomeno che trova un appoggio nella impotenza delle percezioni reali di fronte alle illusioni patologiche, non può appunto perciò avere come semplice causa la chiarezza sensoriale delle false percezioni; sembra invece che l'esperienza dimostri che la potenza delle allucinazioni cresca, piuttosto che diminuire, con il retrocedere delle loro abituali qualità sensoriali. La spiegazione si può cercare molto più nei rapporti profondi, nell'intima concordanza delle allucinazioni con i timori e i desideri morbosi, rapporti e concordanze che forse sono ignoti allo stesso infermo, rinchiuso nella cerchia abituale dei suoi pensieri. Sono specialmente le emozioni e le disposizioni dell'animo che danno alle allucinazioni il contenuto ed il colore, che sostengono del pari l'insorgere di definite serie d'immagini, e che influenzano le percezioni reali. Noi osserviamo molto spesso, specie negli stadii terminali della dementia praecox, come le illusioni siano solo in relazione con le periodiche oscillazioni di umore che sono in questa così frequenti, e scompaiano al contrario completamente negl'intervalli. L'influenza prepotente delle allucinazioni sul pensiero e sulle azioni diminuisce solo quando comincia la guarigione, o quando l'eccitabilità dell'animo scompare con il completarsi della progressiva demenza. In ambedue i casi

le allucinazioni possono durare ancora, ma l'infermo non vi pensa più; esse non hanno più alcuna influenza. Vi sono così innumerevoli dementi che sentono continuamente voci senza elaborare affatto il contenuto di esse; una prova questa che la forza delle allucinazioni dipende completamente dall'eco che esse trovano nella vita psichica dell'infermo.

Queste considerazioni parlano risolutamente contro la opinione diffusa che i disturbi psico-sensoriali siano di regola, o almeno nel maggior numero dei casi, la *causa* vera dei pensieri deliranti, delle emozioni, delle azioni dei nostri ammalati. Certo gli infermi indicano non raramente nei loro racconti le allucinazioni come la fonte e la causa delle loro manifestazioni patologiche, ma non si può mettere in dubbio che le allucinazioni abbiano avuto origine nel cervello come gli altri fenomeni della forma morbosa psichica. In realtà però gli ammalati si comportano verso le allucinazioni diversamente che verso le vere percezioni. Nessun individuo sano riferirebbe subito a sè le parole di un passante. Se sente dire: questi è l'imperatore, non si crede solo per questa affermazione imperatore; nell'alienato una simile percezione allucinatoria, che forma la conclusione di una serie di segrete speranze e di indefiniti presentimenti, può produrre una profonda e potente impressione, e far sorgere la ferma convinzione non solo che quelle parole siano state realmente pronunziate, ma che esse rispondano alla verità. Del pari noi non scuseremmo alcun individuo che seguisse semplicemente l'invito a lui diretto « Uccidi tua moglie » mentre noi siamo abituati ad attribuire alla allucinazione una forza irresistibile sull'alienato.

Non è certo facile dimostrare che i disturbi psico-sensoriali possano insorgere in differenti modi. Le nostre analisi precedenti indicano appunto che certe forme di allucinazioni hanno origine più nelle parti inferiori delle vie sensoriali, altre al contrario più in quelle parti del cervello che servono alle più elevate funzioni psichiche. Si è parlato perciò di una origine primaria e di una secondaria dei disturbi psico-sensoriali, a seconda che essi agiscono come influenze indipendenti nella vita psichica, o invece derivano da questa. Come insegna l' osservazione i cosidetti « disturbi psico-sensoriali secondarii » posseggono una potenza molto maggiore sul pensiero, sul sentimento e sull'azione. Non è la presenza dei disturbi psico-sensoriali o il loro contenuto che agisce così prepotentemente sull'infermo, ma solo il fatto che l'allucinazione non è altro che il vero prodotto del malato stesso. Noi non possiamo perciò indipendentemente dalle differenze cliniche di cui si è parlato più sopra annettere alcun valore speciale se nei singoli casi è sorta

prima l'idea delirante, lo stato d'animo od il disturbo psico-sensoriale corrispondente. Nel maggior numero dei casi, e segnatamente quando le illusioni si complicano con un duraturo delirio, tutti quei fenomeni morbosi sono certo effetti di una stessa causa, segni diversi dello stesso stato patologico.

Il contenuto e la forma delle false percezioni mostrano una grande varietà nei singoli dominî sensoriali. Le più frequenti fra le *allucinazioni visive* sono le « *visioni* » notturne: figure luminose, Dio, Cristo, angeli, morti, fiori; oppure visi minacciosi, diavoli, animali feroci e simili. Queste immagini vengono riguardate ora come rivelazioni soprannaturali, ora come allucinazioni ingannatrici, oppure esse somigliano nelle loro forme strane e stravaganti, nei loro rapidi cambiamenti e nella molteplicità delle loro immagini alle illusioni che si hanno in un sogno vivace ed inquieto, come nel delirio febbrile. Alle percezioni reali si avvicinano di più le allucinazioni visive, molto più rare, che insorgono alla chiara luce del giorno. A queste appartengono segnatamente le allucinazioni del delirio alcoolico: topi e folletti fuggenti, innumerevoli insetti striscianti, farfalle e fiocchi nell'aria, monete per terra, fili di ferro e fili tesi, folle variopinte di uomini che si muovono animatamente. In altri ammalati sono figure isolate: un cane nero, teste di buoi che compaiono alla finestra, ombre oscure, uomini impiccati, sangue, visi di cadaveri. Qualche volta le immagini coprono gli oggetti reali o li lasciano ancora intravvedere. Nel cibo si trovano cavalli bianchi, piccole teste che muovono gli occhi, vermi formicolanti; gli oggetti intorno assumono un aspetto completamente diverso, mostrano determinati visi, teste di morti, si muovono e cambiano specialmente nella parte laterale del campo visivo. Qui vanno annoverati anche alcuni casi di *scambio di persone* per cui gli ammalati credono di vedere in estranei i loro parenti, o al contrario non riconoscono i loro parenti per tali, asseriscono che le stesse persone assumono continuamente visi e forme diverse, fanno smorfie, ecc. In generale per mezzo di altri sensi e principalmente del tatto si può giungere in maniera relativamente facile ad una correzione delle allucinazioni visive, e queste vengono perciò, in condizioni favorevoli, riconosciute regolarmente come tali dagli individui sani. Solo dove smarrimento, violenta agitazione d'animo e segnatamente angoscia o debolezza psichica molto avanzata impediscono un esame spassionato delle allucinazioni, anche falsificazioni grossolane e strane delle percezioni visive vengono percepite ed elaborate come vero risultato della esperienza sensoriale.

Molto più dannose sogliono essere sotto questo riguardo quelle *allucinazioni uditive* che insorgono come « voci, » e che il vero allucinato nell'udito percepisce quasi sempre nettamente. Evidentemente la causa di ciò è la profonda importanza che lo sviluppo della *parola* esercita sul nostro pensiero. Siccome noi per lo più pensiamo con parole, le « voci » sogliono trovarsi in rapporto molto intimo con il contenuto della coscienza, anzi esse sono spessso solo l'espressione parlata di quel che agita l'animo dell'ammalato, ed hanno perciò per lui una forza persuasiva molto maggiore di tutti gli altri disturbi psico-sensoriali, e specialmente dei veri discorsi di chi lo circonda. L'ammalato sente dapprima, ordinariamente dietro le sue spalle, ogni sorta di osservazioni che si riferiscono a lui, che accompagnano tutte le sue azioni, che discutono apertamente gli avvenimenti più segreti del suo passato, che lo offendono, lo minacciano o lo rendono felice. Anche discorsi oscuri, parole pronunziate a mezza voce, rumori indefiniti raggiungono un significato; le carozze « stridono e risuonano in modo insolito e narrano racconti; i maiali grugniscono nomi, racconti ed espressioni di ammirazione; i cani abbaiano rimproveri, i galli li cantano, perfino le oche e le anitre schiamazzano nomi, frasi staccate e frammenti di narrazioni. » Dallo scricchiolio della penna d'acciaio, dal suono delle campane sorgono grida verso l'ammalato; oppure egli ode le voci uscire dalla parete, dal letto in cui giace, dalle proprie orecchie, o le sente nella testa, nel ventre. Esse hanno non raramente diverse altezze e tonalità, e sono perciò attribuite a differenti persone; talvolta è un intera schiera di persone, i componenti della quale vengono chiaramente distinti, e intavolano talora dei dialoghi; talvolta sono poche voci o una sola. Le voci dei propri parenti, di innamorati infedeli, di maligni vicini, infine quella di Dio e del diavolo sogliono più frequentemente presentarsi. Spesso le voci sono sommesse, sussurranti o sibilanti; giungono come da lontano, dall'alto, o sorgono cupamente dal suolo; meno spesso esse parlano forte, gridano, sopraffacendo ogni altro suono. Esse possono rassomigliare così completamente alle percezioni reali, che gli ammalati fondano proprio su ciò la loro fede in esse. « Se le sue parole sono realmente pronunziate » dicono essi al medico « deve essere così anche delle altre che io sento nello stesso modo. » In modo relativamente raro le voci pronunziano frasi lunghe e coerenti. Si tratta per lo più di osservazioni brevi, staccate. Oltre alle voci vengono qua e là percepiti forti rumori scoccanti e stridenti, suoni di campane, grida confuse; più raramente musica piacevole, canto e simili.

In altri casi appare più evidente l'origine *soprannaturale* delle voci udite; esse sono allora non di rado accompagnate da allucinazioni visive. Dio o Cristo dànno all'ammalato un incarico, una promessa o lo illuminano su di un segreto che riguarda la sua persona. L'intero processo ha per solito qualche cosa di oscuro, di soprannaturale. Nel delirio febbrile e negli ammalati molto confusi anche le allucinazioni uditive mostrano i rapidi cambiamenti e l'oscura confusione delle allucinazioni visive, che si presentano nelle stesse condizioni.

Come un gruppo speciale di allucinazioni uditive sono da riguardarsi le cosidette « voci interne, » i « sussurrii, » la « lingua del mondo il « ricordati » il « telefonare, telegrafare » e simili che, anche dallo stesso ammalato vengono intese non come percezioni esterne, ma come suggerimenti o influenze artificiali. « È fra il sentire e il presentire » diceva un ammalato. In tali casi è ordinariamente molto evidente il modo di origine nel proprio processo ideativo. Talvolta queste voci interne si uniscono nella coscienza dell'ammalato in un discorso o in un dialogo, sicchè il delirio sorge da una vera e propria conversazione con persone lontane. Oppure le « voci della coscienza » accompagnano ogni azione dell' ammalato con osservazioni appropriate, lo incitano, gli impartiscono ordini o proibizioni. In tutti questi casi, al pari che nel già descritto « sdoppiamento del pensiero » sorge l'idea che i propri pensieri siano conosciuti dalle persone che si hanno d'intorno, e perfino che essi siano formati, modificati da influenze estranee « Io sono trasparente », mi diceva un ammalato di questo genere.

Il *contenuto* delle allucinazioni uditive è, come abbiamo già accennato, solo raramente indifferente, ed allora è di solito insensato e uniforme. Per lo più le voci stanno in stretta relazione con il bene e con il male dell'ascoltatore, che esse di solito irritano e tormentano, e solo raramente allietano e sollevano. Esse possono quindi acquistare una potente influenza sulle azioni. Le continue invettive, gl'insulti e le osservazioni ironiche, il lamento di parenti maltrattati rendono l'ammalato diffidente, lo irritano e lo spingono ad una decisa difesa contro i suoi supposti tormentatori; terribili minaccie gli causano angoscia e smarrimenti e lo costringono ad una fuga senza riposo per sfuggire ai persecutori; ordini imperiosi gli fanno commettere le azioni più insensate e qualche volta più innaturali, poichè egli crede di dover ubbidire a soprannaturali potenze.

Una importanza diretta di gran lunga minore che i disturbi psicosensoriali a carico della vista e dell'udito, i quali sensi forniscono più che gli altri il materiale grezzo delle nostre rappresentazioni, hanno

per la vita fisica del malato i disturbi nel dominio *degli altri sensi.* Il torturato infermo percepisce l'odore di esalazioni velenose che debbono ucciderlo o il puzzo di zolfo del diavolo che lo minaccia; egli crede trovare nei suoi cibi ogni sorta di cose disgustose e nocive, carne umana, fango, arsenico, cantaride, cose che gli vengono apprestate dai suoi nemici. Queste false percezioni hanno per lo più la loro origine nel cerchio di idee dell'ammalato, molto più raramente in alterazioni circoscritte dei dominii sensoriali; così p. e. illusioni olfattive possono presentarsi per compressione sul nervo olfativo o nelle malattie delle corteccia in prossimità della circonvoluzione dell'ippocampo. Di regola noi abbiamo qui da fare con l'espressione di un generale sconvolgimento psichico. Lo stesso valga per i disturbi sensoriali corrispondenti nel dominio della sensibilità cutanea e muscolare ed in quelli della sensibilità generale. Dove esistono le idee deliranti di essere elettrizzato, di essere ossesso, dei mutamenti di singole parti del corpo, della pietrificazione e del disseccamento interno, della sparizione della testa, della bocca, dello stomaco, degli intestini, ecc. non si tratta più di una semplice falsificazione della percezione, ma della elaborazione patologica di sensazioni, che per la maggior parte sarebbero *per sè* troppo indefinite per poter influire, come fanno le allucinazioni visive ed acustiche, sul contenuto della coscienza.

La grande varietà dei disturbi psico-sensoriali ci aveva condotto ad attribuire ad essi vari modi d'origine. Questa opinione trova una importante conferma nell'osservazione che le diverse specie di allucinazioni vengono stabilite in modo determinato nelle *forme morbose cliniche.* Nei delirii febbrili ed infettivi abbiamo da fare con false percezioni variopinte, mutabili, simili a sogni, nelle quali parecchi dominii sensoriali partecipano alla formazione di avvenimenti confusi, stravaganti. In modo simile si comportano le allucinazioni del delirio alcoolico; ma qui la connessione dei singoli avvenimenti è di solito più chiara. Le allucinazioni che, oltre l'udito, il senso tattile ed il senso muscolare, colpiscono a preferenza il senso visivo, hanno inoltre una chiarezza sensoriale straordinaria; esse si collegano così intimamente l'una all'altra da poter fornire la base ad un delirio di colpa. È notevole infine la plurimità di simili false percezioni ed i loro movimenti vivaci, il loro insorgere, sparire, svanire. Come nei delirii febbrili, le allucinazioni si collegano sovente anche qui ad impressioni non chiaramente comprese; possono essere evocate ed influenzate dalla persuasione. Somigliano molto ad esse le allucinazioni prodotte dalla cocaina le quali possono colpire simultaneamene la vista, l'udito e la sensibilità gene-

rale. Specialmente caratteristiche di questo veleno sono le speciali allucinazioni visive « microscopiche »: la percezione di innumerevoli piccole unità della stessa specie: animaletti, buchi nella parete, puntini. Nei delirii epilettici, nei quali è frequente una cooperazione di dominii sensoriali diversi, noi riscontriamo invece specialmente allucinazioni a vivo tono emotivo, il veder sangue, fuoco, figure spaventose, apparizioni celestiali, o l'udir minaccie, spari, rumori di guerra, promesse e angeliche melodie.

Poichè in tutti questi casi le allucinazioni dei diversi sensi si collegano l'una all'altra, noi dobbiamo ammettere che si tratti di estesi processi patologici nella corteccia cerebrale. A favore di ciò parla la circostanza che qui esistono regolarmente più o meno notevoli offuscamenti della coscienza. D'altra parte le innegabili diversità cliniche nella forma delle allucinazioni indicano che tali processi patologici hanno ciascuno un certo che di speciale, sia questo una diversità delle alterazioni, sia una diversa estensione e localizzazione di esse. Stati deliranti passeggieri con analoghe allucinazioni di parecchi sensi si riscontrano in parecchie altre malattie, come nella psicosi maniaco depressiva, nella demenza senile, nella dementia praecox, assai più raramente nella paralisi in cui la disposizione all'insorgere dei disturbi psico-sensoriali è veramente minima. Quanto poi ai suddetti varii processi patologici corrispondano speciali aspetti dei disturbi psico-sensoriali, è ancora insufficientemente noto. In generale si può forse ammettere che negli stati di eccitazione confusionale della Dementia praecox predominino i disturbi sensoriali uditivi, mentre in quelli della psicosi maniaco-depressiva accanto ad essi debbono rappresentare una parte importante quelli della vista e segnatamente quelli della sensibilità generale. Qui, come nella paralisi, suole trattarsi prevalentemente d'illusioni, e molto meno di allucinazioni.

Un gruppo molto meno vasto è dato da quelle forme cliniche nelle quali le illusioni si limitano ad un singolo territorio sensoriale, o che almeno non lasciano scorgere alcuna cooperazione dei diversi sensi. Esempio molto istruttivo ne fornisce il delirio alcoolico e certi stati di indebolimento di origine alcoolica, in cui possono riscontrarsi esclusivamente allucinazioni uditive. In singoli casi esse mostrano un ritmo misurato, sicchè appare logico il collegarlo al ritmo lieve del polso carotideo. Anche nelle alterazioni psichiche degli epilettici possiamo riscontrare di tempo in tempo solo allucinazioni visive. Negli stati di depressione circolare esse sogliono consistere in singole e brevi osservazioni a contenuto angoscioso, mentre nei bevitori e negli epilettici

si sentono spesso discorsi lunghi e coerenti cui prendono parte varie persone, le quali però non si rivolgono quasi mai direttamente all'ammalato.

Le allucinazioni uditive sono molto più frequenti in quel grande gruppo di malattie che noi distinguiamo ancora sotto il nome di dementia praecox. La loro assenza durante tutta la malattia è rarissima. Di regola esse formano uno dei primi segni del morbo e sono spesso gli unici disturbi psico-sensoriali. Negli stati deliranti però possono anche aggiungersi false percezioni di altri sensi; ed infine vi è un grande numero di casi in cui assieme alle allucinazioni uditive si sviluppano anche allucinazioni durature del senso tattile, e segnatamente della sensibilità generale, come anche del gusto e dell'odorato. Noi incontriamo quasi soltanto qui la notevole alterazione dello « sdoppiamento del pensiero » e della « eco del pensiero » (Gedankenlaututwerden). Il contenuto delle allucinazioni di solito irrita o allieta solo in principio, più tardi diviene del tutto indifferente o insensato, all'opposto di ciò che avviene nelle forme sopra menzionate. Questa osservazione dimostra che il processo morboso che forma la base di queste alterazioni psichiche, favorisce in modo speciale l'insorgere di alluncinazioni uditive, e che le influenze emotive non hanno invece importanza determinante. Qui dovremmo forse ricordare che le allucinazioni uditive insorgono in forma parlata, e che noi, proprio nelle malattie di cui ora si tratta, abbiamo da fare molto spesso anche con alterazioni dell'espressione parlata. È possibile che ambedue questi sintomi morbosi stiano in stretta relazione fra loro.

Alterazioni della coscienza. — Oltre ai processi nei diversi segmenti dei domini sensoriali vi è un altro elemento, di preponderante importanza per l'acquisto della esperienza, e cioè il comportamento della nostra coscienza. Stimoli esterni determinano nel nostro interno speciali cambiamenti che non si possono spiegare più chiaramente e che noi immediatamente percepiamo e distinguiamo fra loro come rappresentazioni, sentimenti, impulsi, ecc. Noi, unendoci alle idee di Fechner, denominiamo *coscienza* questo fatto generale della esperienza interna. Dappertutto dove le impressioni esterne si trasformano in processi psichici, si ha la coscienza, poichè questa non è altro se non l'espressione che indica l'avverarsi di questa trasformazione. L'essenza della coscienza è per noi completamente oscura; sappiamo però che non solo la sua esistenza generale è dipendente dalle funzioni della corteccia cerebrale, ma che anche le singole immagini della coscienza sono molto probabilmente collegate a processi definiti nel nostro tessuto nervoso sebbene finora essi siano ancora sconosciuti.

Come la trasformazione degli stimoli esterni in eccitazioni sensoriali dipende dalla proprietà degli organi sensoriali, così gli stati della corteccia cerebrale sono di importanza decisiva per la trasformazione delle eccitazioni fisiologiche in processi coscienti. In quale misura poi abbia luogo questa trasformazione ci è nei singoli casi spesso estremamente difficile riconoscere, poichè l'esperienza interna di un altro non è accessibile a noi ad un semplice sguardo, ma solamente ci si mostra per l'esame del comportamento esterno dell'individuo. Solo da questo noi deduciamo con maggiore o minore verosimiglianza se esso debba considerarsi o no come l'espressione dei processi psichici.

Noi denominiamo *mancanza di coscienza* lo stato nel quale non avviene più la trasformazione dei processi fisici in processi psichici. Ogni stimolo che oltrepassa la soglia della coscienza e provoca perciò un'impressione psichica deve possedere una certa intensità che non sia inferiore ad un valore determinato, cioè alla cosidetta *soglia della sensazione*. (Schwellenwerth). Ma la grandezza della soglia della sensazione cambia straordinariamente a seconda dello stato della nostra corteccia cerebrale. Mentre tale grandezza raggiunge il suo valore minimo quando l'attenzione è tesa, essa può diventare infinita nella profonda debolezza, in altri termini talvolta anche gli stimoli più intensi non sono più sufficienti a determinare processi di coscienza. Si possono dunque distinguere, secondo la grandezza della soglia delle sensazioni, diversi *gradi di chiarezza* della coscienza. Se questa chiarezza discende al di sotto di una certa misura, si ha uno « stato crepuscolare » più o meno profondo in cui gli stimoli tanto interni che esterni danno origine solo a deboli e confuse immagini psichiche. Noi riscontriamo tali alterazioni di coscienza nell'epilessia e nell'isterismo come disturbi passeggieri, ma che spesso si contrappongono nettamente alla vita normale. Potremmo al contrario riguardare come stati crepuscolari durevoli quegli stati di inceppamento dei processi psichici, in cui la soglia della sensazione si eleva essenzialmente. In date circostanze puó questa essere alterata per gli stimoli interni in maniera diversa che per gli esterni: mentre l'azione delle impressioni esterne è notevolmente difficoltata, possono invece, a mezzo di eccitamenti interni venire determinati vivaci processi di coscienza. Così accade in quegli stati che noi chiamiamo delirii. Al contrario vediamo non raramente che stimoli esterni, i quali pur sono proporzionatamente lievi, determinano sensazioni, mentre processi interni non hanno quasi più alcuna azione sulla coscienza. Di regola qui non si tratta più di un aumento della soglia della sensazione, ma di un abbassamento durevole della eccitazione psichica. E appunto ciò distingue la demenza dagli stati

crepuscolari. Lo stato crepuscolare più frequente ben noto anche all'individuo sano, è il sonno. Si è riusciti per mezzo della determinazione degli stimoli che sono sufficienti a determinare il risveglio nelle varie epoche della notte, a seguire con precisione le oscillazioni della profondità del sonno, cioè il grado di chiarezza della coscienza nel sonno. Si è visto che in generale la soglia della sensazione (Weckwerte) aumenta rapidamente subito dopo l'addormentarsi, e ridiscende poi altrettanto rapidamente, per raggiungere con varie oscillazioni il suo valore minimo verso il mattino. Nei lavoratori del mattino la massima profondità di sonno si ha alla fine della prima ora di sonno, ed è già minima dopo poche ore. Sembra all'incontro che i lavoratori della sera raggiungano molto più tardi la massima profondità del sonno, la quale rimane notevolmente minore che quella del primo gruppo. Essa diminuisce poi anche più lentamente e si mantiene ad una considerevole altezza fino al risveglio. Senza dubbio la profondità del sonno negli alienati subisce i maggiori cambiamenti. E così negli stati di depressione il sonno suole essere superficiale e spesso interrotto, mentre negli stati maniaci esso può essere di breve durata, ma molto profondo. Disgraziatamente ci mancano ricerche più precise su queste importanti alterazioni.

Anche nel sonno sarebbe alterato a danno della prima, il rapporto tra la soglia della sensazione per gli stimoli esterni e quella per gli stimoli interni; ne è prova l'insorgere del sogno, che del resto nel sonno profondo manca del tutto o almeno non lascia traccie. I sogni hanno spesso grandi simiglianze con gli stati crepuscolari. De Sanctis (1) mette in rilievo che i sogni degli epilettici e degli isterici possono avere lo stesso contenuto dei delirii degli ammalati; in un caso le percezioni spaventose di sangue, di fiamme, di mostri che si avvicinano, di apparizioni celestiali o di voluttuosi avvenimenti; in un altro avvenimenti teatrali, apparizioni di morti e di figure isolate minacciose, esortanti o commoventi. Egli crede perfino, e non a torto, che i sogni di questa specie possono talvolta formare appunto l'equivalente dei disturbi analoghi che insorgono nella veglia.

Negli stati di depressione i sogni angosciosi e spaventosi sogliono corrispondere alla condizione dell'animo nella veglia. Anche le immagini deliranti possono continuare nei sogni. Noi riscontriamo appunto assai spesso la narrazione di influenze notturne nemiche. Gli ammalati raccontano di accoppiamenti notturni e si lamentano che si sia ad

(1) De Sanctis, *I sogni* 1899, *deutsch von* O. Schmidt. 1901.

essi « sottratta la natura » o che si siano intrapresi cambiamenti nel loro corpo. Non si sa però di sicuro fino a che limite tali narrazioni si riferiscano realmente a vicende sognate; Pilcz trovò appunto che i paranoici non sognano i loro delirii. Non raramente però gli ammalati uniscono sogni a realtà; ricordo un ammalato che rimproverava quasi ogni giorno il medico per quello che questi gli aveva fatto in sogno. Nella demenza avanzata anche la frequenza e la vivacità dei sogni spariscono con la perdita dell'eccitabilità psichica.

Disturbi della percezione. — L'accrescimento attivo di uno stimolo esterno richiede un certo tempo. Come c'insegnano gli esperimenti, la maggiore chiarezza di una percezione sensoriale viene raggiunta solo dopo alcuni secondi. Questo processo può subire in date circostanze un notevole rallentamento. Gli ammalati allora non comprendono affatto, o comprendono solo in modo molto imperfetto stimoli che si offrono loro per breve tempo; mentre in circostanze abituali non si ha necessariamente una difficoltà di percezione. Se però il rallentamento nell'accrescimento delle sensazioni è molto importante, l'impallidirsi di esse che comincia dopo breve tempo, può impedire completamente il pieno sviluppo della percezione; le percezioni diminuiscono già prima di aver raggiunta la completa chiarezza ed intensità. Naturalmente alcune impressioni fin dal principio molto potenti possono venir comprese, ma esse rimangono più o meno sconnesse, perchè i membri intermedi e gli avvenimenti che li accompagnano vengono trasmessi alla coscienza in forma confusa. Noi osserviamo queste alterazioni di percezione in forma molto marcata nella presbiofrenia e nella malattia di Korssakow; però accenni leggieri di esse si riscontrano anche in parecchie altre malattie specialmente di natura delirante.

La percezione di una impressione esterna richiede frattanto, oltre all'accrescimento della percezione fino ad una determinata intensità, anche che essa entri a far parte del nostro patrimonio di esperienza. La grande maggioranza delle impressioni che noi riceviamo giornalmente è in sè indistinta e confusa: esse diventano esperienze chiare ed utilizzabili solo quando nelle immagini mnemoniche già preparate trovano per così dire, una eco, che rafforzi lo stimolo sensoriale. Per mezzo di questo processo chiamato da Wundt « appercezione, » si ottiene subito il collegamento della singola percezione con il nostro patrimonio di esperienza, un rapporto con altre numerose rappresentazioni, e così « l'intelligenza » della impressione presente. Anche le impressioni percepite indistintamente si completano allora per mezzo di immagini mnemoniche che insorgono; un processo questo che aumenta straordinariamente la suscettibilità

della nostra percezione per le impressioni note, ma che d'altro canto rinchiude in sè anche il pericolo della falsificazione della percezione. Appunto le osservazioni sulle illusioni giornaliere ci mostrano nel modo migliore come l'esperienza sensoriale sia sempre in grado elevato influenzata dagli echi che essa trova nel nostro patrimonio mnemonico.

Appena questa cooperazione del nostro antecedente acquisto intellettuale viene a mancare nel processo di percezione, questo diventa confuso e privo di contenuto. Impressioni singole e più forti possono bene penetrare nella nostra coscienza, ma esse non vi si fermano e non vengono comprese poichè manca loro l'ordinamento nella connessione delle nostre rappresentazioni e dei nostri concetti con tutte le conseguenze per la ulteriore elaborazione psichica. In questa condizione p. es. noi ci troviamo rispetto a ciò che ci riesce del tutto incomprensibile, perchè circostanze accessorie non provocano l'eccitazione di determinate rappresentazioni. I particolari di un'esposizione di macchine, di un quadro rappresentante un paesaggio rivolto all'ingiù ci possono sfuggire completamente, sebbene le impressioni sensoriali agiscano così vivacemente su di noi come agirebbero su di un meccanico o come se il quadro si trovasse in posizione normale. Noi leggiamo le parole di parecchie sillabe molto più rapidamente che non sillabe senza senso sommanti ad un numero di lettere molto inferiore.

La forma più frequente della alterazione di percezione è l'aumento della soglia della sensazione per gli stimoli esterni, la diminuita possibilità di destare la nostra coscienza. Quanto più forti debbono essere gli stimoli per originare le sensazioni, tanto più confusa ed incompleta è l'immagine del mondo esterno che si delinea nel nostro interno. Gli ammalati afferrano solo una parte, più o meno limitata, delle impressioni che agiscono su di essi; non osservano e non comprendono più quanto accade intorno ad essi. Noi designiamo col nome di confusione questo stato in cui scompare la coscienza. Se dapprincipio qui si riesce transitoriamente o per mezzo di stimoli particolarmente intensi a destare una percezione, nei gradi più forti dell'affezione i legami con gli avvenimenti esterni si rallentano sempre più. Noi riscontriamo lo sviluppo graduale di queste alterazioni di percezione nella semplice stanchezza e nelle sue transizioni fino al sonno, come pure negli stati patologici di grave esaurimento psichico. Con maggiore forza e rapidità si ottiene la separazione della nostra coscienza dal mondo esterno per mezzo dello stordimento da etere e cloroformio. Ugualmente simile deve essere giudicata, per quanto ci dice l'esame psicologico, la diminuzione della percezione per opera di un grande numero di narcotici; particolarmente per azione dell'alcool, della paraldeide, e del

trional fu dimostrata finora una spiccata alterazione della percezione. Secondo le nostre osservazioni cliniche essa si osserva inoltre nei delirii febbrili e tossici, negli stati crepuscolari epilettici ed isterici, come anche spesso nei differenti stati della psicosi maniaco-depressiva e specialmente nello stupore depressivo e maniaco come nei gradi più avanzati di eccitazione maniacale.

Nei primi tempi dello sviluppo intellettuale l'intera esperienza sensoriale si limita alla semplice percezione. Finchè le manifestazioni del mondo esterno non hanno lasciato alcuna durevole traccia mnemonica, non è ancora costituita quella rete di rapporti psicologici che mette subito in comunicazione ogni nuova osservazione della vita con il patrimonio psichico già raccolto. Nelle forme gravi di arresto di sviluppo psichico questo stato si mantiene durevolmente inalterabile; la possibilità di un progressivo rischiararsi di questo stato crepuscolare psichico è esclusa per sempre. La coscienza è riempita da un miscuglio confuso di rappresentazioni singole indistinte e di sentimenti oscuri, in cui non è possibile alcun concetto chiaro, alcun ordine ed alcuno aggruppamento capace di venir constatato.

Disturbi dell'attenzione. — Il fatto che in un determinato tempo nel nostro campo visivo interno vi sia solo un numero limitato di immagini psichiche, viene indicato da noi come « limite della coscienza ». Poichè l'intera catena del nostro svolgimento psichico attraversa questo spazio limitato, la nostra vita interna si presenta come un continuo andare e venire, come un insorgere ed uno scomparire di processi dell'animo. I fenomeni interni sorgono uno dopo l'altro dall'oscurità dell'ignoto, dapprima indistinti e deboli, per raggiungere poco dopo la loro massima chiarezza e la loro massima intensità, e scomparire poi per far posto ai susseguenti. Nel punto culminante del suo svolgimento questo processo determina la direzione di quella stabilità volitiva che noi chiamiamo *attenzione;* i nostri organi sensoriali si rivolgono vivamente verso le impressioni che si avanzano e sorgono cosi rappresentazioni le quali rafforzano il processo che ha attirato la nostra attenzione. Questa tensione dell'attenzione che può presentare differenti gradi e direzioni, è accompagnata da speciali fenomeni somatici i quali lasciano riconoscere abbastanza chiaramente la sua qualità di azione volitiva: sensazioni di innervazione nell'occhio e nell'orecchio, movimenti pronunziati, cambiamenti del respiro, del polso e della pressione sanguigna.

L'attività dell'attenzione non serve però solo a rafforzare il processo psichico insorgente; ma essa esercita anche un'influenza molto decisiva sullo sviluppo del processo della coscienza. Il costituirsi e lo sparire di una rappresentazione richiede un certo tempo. Dopo le osservazioni

sull'azione che una percezione sensoriale ha sulla intensità di un'altra successiva, noi dobbiamo ammettere che la maggiore chiarezza per i singoli membri di una serie di percezioni viene raggiunta quando esse si susseguono con un intervallo di circa due secondi. Questo tempo sembra essere necessario per il completo sviluppo di una percezione. In realtà le singole percezioni e rappresentazioni si succedono molto più rapidamente. Ciò è possibile perchè il campo della coscienza non lascia lo spazio solo per un'unica immagine psichica, ma per un certo numero di esse di cui però sempre una sola per volta viene illuminata chiaramente, mentre le altre si trovano al principio del loro svolgimento o già impallidiscono. Noi abbiamo da fare, come suol dirsi, non con un interno *punto visivo,* ma con un *campo visivo* nel quale vicino ad un punto di estrema chiarezza della percezione interna si trovano le più varie gradazioni fino al non percepito.

Il rafforzamento, per mezzo dell' attenzione di un'impressione insorgente ha senza dubbio l'effetto di ritardare l'impallidimento. L'impressione raggiunge così un'influenza sulla immagine psichica successiva, lo sviluppo della quale essa può, secondo i suoi rapporti con essa, arrestare o provocare. In tal modo l'attenzione, in origine *passiva* e senza scopo, diventa *attiva* e capace di scegliere. Non l'intensità delle impressioni esterne, ma il venire esse favorite o contrastate dall'attenzione agisce principalmente sull'osservazione interna. Il contenuto della coscienza nel bambino si trova in assoluta dipendenza dall'ambiente; il bambino percepisce solo gli stimoli più forti, senza riguardo ai rapporti interni delle cose, perchè a lui mancano quelle rappresentazioni generali che concedono anche alle meno pressanti percezioni il posto di elementi essenziali nella catena dell'osservazione. Negli adulti al contrario il processo di percezione viene dominato sempre più dalle tendenze speciali che si sviluppano a poco a poco dalla esperienza personale della vita. Noi ci esercitiamo a porre preferibilmente attenzione a singole impressioni, poichè la facoltà che hanno le nostre rappresentazioni di essere richiamate si rafforza sempre più, sicchè lievi tocchi sono già sufficienti per suscitare un'eco vivace nel nostro interno. D'altra parte noi ci abituiamo a lasciare passare completamente inosservati gli stimoli più frequenti e di non conceder loro più alcuna influenza sul decorso dei nostri processi psichici. Questo stabilirsi di determinati « punti di vista », di speciali direzioni del nostro « interesse » conduce ad una straordinaria mutabilità della soglia della sensazione in modo che noi possiamo lasciar passare completamente inosservati stimoli molto intensi e percepire nello stesso tempo con grande acutezza i minimi cambiamenti in un speciale senso.

Negli stati patologici il comportamento dell'attenzione può offrire le più svariate alterazioni. Dappertutto dove la facoltà che ha la psiche di essere richiamata è diminuita, in tutti gli stati avanzati di demenza, noi troviamo una diminuzione dell'attenzione. Alle percezioni non si collegano immagini mnemoniche che si rafforzano con prontezza e vivacità; esse non giungono ad alcun rapporto con l'esperienza dell'ammalato e non gli danno perciò motivo di seguire per impulso proprio gli avvenimenti. Intorno ad un demente paralitico possono svolgersi i più eccitanti avvenimenti senza che egli ne sia scosso, anche se egli è ancora in grado di percepire chiamate e domande. Dobbiamo giudicare alquanto diversamente la marcata alterazione della attenzione che riscontriamo tanto frequentemente nella dementia praecox, di regola già nel primo stadio della malattia. Anche qui gli ammalati, specialmente nello stato di stupore, rimangono completamente inaccessibili a tutti i tentativi per eccitare la loro attenzione, in modo che anche le punture d'ago, i toccamenti della cornea, non provocano alcun movimento volontario. Si può però facilmente convincersi che non si tratta di una diminuzione dell'attenzione, ma di una oppressione patologica di essa. Gli ammalati percepiscono spesso bene quello che accade intorno ad essi, ma si ribellano involontariamente ad ogni influenza che queste percezioni hanno sul loro pensiero e sulle loro azioni. Anche i segni esterni della tensione dell'attenzione, il volgere la testa e gli sguardi, la fissazione dello sguardo, probabilmente anche le alterazioni del respiro e del polso mancano completamente. Noi vogliamo chiamare *arresto dell'attenzione* questa alterazione che corrisponde assolutamente ai processi negativistici in altri dominii della volontà.

Apparentemente simile, ma diversa nell'essenza, è la *sospensione dell'attenzione* che noi riscontriamo in certi stati stuporosi della psicosi maniaco-depressiva. Anche qui è difficile porsi in comunicazione psichica con l'ammalato, ma solo perchè in lui manca l'eco interna che stabilisce il collegamento delle impressioni esterne con il proprio patrimonio di esperienza eccitando così l'attività selettiva dell'attenzione. L'insorgere delle rappresentazioni è reso difficile non per la distruzione della vita psichica, ma per i processi di sospensione, in modo che le percezioni non possono raggiungere alcuna maggiore influenza sulla vita interna. Al contrario i segni esterni della tensione dell'attenzione, in contrapposto a ciò che si ha nella dementia praecox, sogliono essere mantenuti; gli ammalati volgono intorno ad essi sguardi interrogatori, per quanto non intelligenti, osservano gli oggetti loro presentati, volgono il capo ai rumori, ecc.

Una conseguenza immediata della difficoltà dei legami psichici,

tanto per l'ottundimento, quanto per l'arresto dell'attenzione, è la perdita della sua influenza determinante sulla percezione. Qui la singola impressione può bene ancora risvegliare l'attenzione e venir rafforzata da essa, ma manca il perdurare di questo movimento interno oltre l'istante e quindi le sue conseguenze per la scelta delle percezioni che sopraggiungono. Gli ammalati si trattengono forse più a lungo sull'impressione ad essi fornita, ma possono venir senz'altro distratti da un nuovo stimolo solo perchè questo sia abbastanza potente. Noi osserviamo questa *mancata dirigibilità dell'attenzione* segnatamente nella paralisi e nella demenza senile, ma anche nelle suddette forme stuporose della psicosi maniaco-depressiva ed in taluni stati di debolezza d'origine infettiva. Gli ammalati somigliano sotto certi rapporti al bambino senza esperienza, nel quale appunto perciò non possono venire risvegliati rappresentazioni e ricordi capaci di dare all'attenzione una direzione determinata. In quegli stati di debolezza psichica in cui lo sviluppo psichico si mantiene durevolmente allo stato d'infantilità, anche l'attenzione rimane per tutta la vita incerta ed influenzabile.

Un modo d'insorgere essenzialmente diverso dovrebbe avere quel disturbo dell'attenzione chiamato generalmente *aumentata deviabilità*. Si tratta qui di un cambiamento frequente nella direzione dell'attenzione per cause interne ed esterne. Mentre la determinabilità dell'attenzione viene essenzialmente stabilita dalla mancanza di rappresentazioni che potrebbero influenzare il processo di percezione, qui noi abbiamo probabilmente da fare con una maggiore instabilità dei processi psichici. A favore di ciò parla la circostanza che qui l'attenzione passa rapidamente da un impressione all'altra, anche quando ci affatichiamo a mantenerla nella stessa direzione. Inoltre noi troviamo questa alterazione specialmente in quegli stati che mostrano i segni di una aumentata eccitabilità. Noi possiamo dunque immaginare che nell'aumentata deviabilità dell'attenzione le singole impressioni impallidiscono rapidamente e non raggiungono perciò alcuna influenza diretta sulle percezioni sopraggiungenti.

I gradi più leggeri di questa alterazione si riscontrano in quello stato di distrazione che suole presentarsi nella stanchezza, assieme ai segni di una certa inquietudine. Noi osserviamo qui che le impressioni ricevute possiedono una stabilità minima, spariscono rapidamente e perdono la loro intima connessione. Malgrado tutti gli sforzi non siamo più in istato di seguire secondo un piano una serie di avvenimenti, ma ci accorgiamo di venir sempre distratti da cose secondarie, e di attendere solo interrottamente al nostro compito. Negli esaurimenti nervosi cronici questa incapacità può durare a lungo e così pure nella

convalescenza di malattie psichiche o somatiche. L'aumentata deviabilità è molto più marcata negli stati di eccitazione della paralisi, qualche volta anche della catatonia, nel delirio da collasso e nelle alterazioni psichiche da infezione, ma specialmente nella mania. Qui basta spesso un'esclamazione, una sola parola, il mostrare un oggetto per cambiare subito la direzione dell'attenzione. Frattanto non è ancora nettamente stabilito se in queste varie malattie si tratti sempre della stessa alterazione dell'attenzione.

La aumentata deviabilità dell'attenzione si trova come una proprietà duratura in certe forme di predisposizione psicopatica. È chiaro che tale alterazione deve esercitare una grande influenza sull'intera organizzazione psichica. Quanto più l'individuo è soggetto a distrarsi, quanto più la sua percezione viene influenzata dagli stimoli esterni casuali invece che da impulsi interni derivanti dalla propria esperienza, tanto meno egli è in grado di formarsi un concetto coerente ed uniforme del mondo esterno. Le singole percezioni si seguiranno l'un l'altra, ma senza continuarsi l'una con l'altra, senza cioè alcuno di quegli intimi legami che hanno origine dalla scelta dettata da un concetto generale che serve di guida. La percezione si arresta perciò ai soli particolari senza arrivare ad abbracciare in un solo sguardo tutto l'insieme; essa diventa superficiale e passeggiera e non s'addentra mai nei rapporti profondi che passano tra i fenomeni. Così può accadere che la percezione della singola impressione non offra alcuna alterazione essenziale, mentre l'instabilità delle percezioni e la completa incapacità ad osservare rendono assolutamente impossibile un profondo concepimento del mondo esterno e quindi uno sviluppo psichico elevato.

Talvolta si è interpretata l'aumentata deviabilità come un aumento dell'attenzione, una « iperprosessia ». Siccome però l'azione speciale dell'attenzione consiste precisamente nel limitare la percezione ad impressioni singole, ma percepite con estrema chiarezza, così questa denominazione non corrisponde all'essenza dell'alterazione. Noi possiamo infatti convincerci facilmente che gli ammalati che con facilità si distraggono non percepiscono assolutamente più o meglio, ma al contrario meno e più difficilmente. Ogni spettatore sano percepisce nello stesso tempo moltissimo di quello che all'ammalato sfugge completamente, ma egli prende semplicemente cognizione della maggior parte delle impressioni, mentre nell'ammalato che si distrae ogni nuova percezione influenza subito e decisivamente la direzione dell'attenzione e del processo ideativo. La deviabilità attentiva è solo un segno di minore capacità di resistenza psichica.

Si potrebbe piuttosto chiamare iperprosessia quel *vincolamento dell'attenzione* prodotto da processi esterni o interni, che ci rende inaccessibili ad altre percezioni. Appartiene ad essa la « distrazione dei dotti » chiamata però ingiustamente così; in quanto che essa si fonda sulla grande unilateralità della direzione dell'attenzione. Forse anche in qualche stato patologico ci troviamo dinanzi a processi simili. Specialmente gli ammalati depressi sono talvolta così immersi nelle loro rappresentazioni dolorose da divenire indifferenti alle impressioni del mondo esterno, anche se la capacità di percezione non offra in sè alcuna notevole alterazione. In alcuni stati deliranti e stuporosi il grave disturbo della percezione deve venire forse anche in parte determinato dalla vivacità dei processi interni, dai disturbi psico-sensoriali e dalle rappresentazioni di immagini che occupano interamente l'attenzione. Sembra per lo meno che ciò si verifichi nello stupore catatonico in cui del resto la capacità di percezione non offre alcuna alterazione, o offre solo alterazioni proporzionatamente insignificanti.

B) *Disturbi intellettivi*

La materia grezza dell'osservazione fornita dai sensi e rischiarata dall'attenzione, forma la base di ogni ulteriore lavoro intellettuale e perciò anche dell'intero patrimonio rappresentativo dell'individuo. Si comprende dunque come le citate alterazioni dei fenomeni sensoriali, siano esse generate da disturbi psico-sensoriali, da offuscamento della coscienza o infine da incapacità di una scelta adatta delle impressioni, debbono avere le più ampie conseguenze nella costituzione del contenuto della coscienza e della personalità psichica. Quanto più imperfette e falsificate vengono percepite le manifestazioni del mondo esterno, tanto più incompleto ed incerto resterà il concetto che si sviluppa nell'individuo in riguardo all'ambiente, al proprio io, e alla posizione di quest'ultimo rispetto all'ambiente. Si aggiunga che a quelle alterazioni che pregiudicano la raccolta della materia grezza dell'osservazione se ne uniscono quasi senza eccezione altre, le quali influenzano in modo patologico una ulteriore *elaborazione* di tale materiale.

Disturbi della memoria. — La base comune di ogni attività psichica è la *memoria.* (1) Ogni impressione una volta penetrata nella coscienza lascia, anche dopo la sua scomparsa, una traccia che s'inde-

(1) Ribot, *Das Gedächtnis und seine Störungen,* 1882.

bolisce a poco a poco, e il rinnovamento viene facilitato per mezzo di un casuale legame tra le rappresentazioni, o per mezzo di uno sforzo della volontà; ciò costituisce il ricordare. Questa traccia che resta, che aggiunge per lungo tempo la percezione ricevuta al patrimonio d'esperienza dell'individuo e la mette a disposizione della sua memoria, si conserva in generale tanto più intensamente e tanto più a lungo, quanto più chiaramente è stata percepita l'impressione originaria e quanto più numerosi sono stati i suoi rapporti con il resto del contenuto della coscienza; in altre parole quanto più essa ha eccitato l'interesse dell'individuo. Inoltre la fermezza con cui le impressioni precedenti restano impresse viene rafforzata in alto grado dalla ripetizione di esse. L'immensa maggioranza delle nostre rappresentazioni e anche una grande parte dei legami di rappresentazioni con i quali noi lavoriamo quotidianamente, sono per noi così usuali che essi insorgono da loro stessi, senza alcuna riflessione, appena si offre un qualsiasi eccitamento corrispondente.

La osservazione delle alterazioni della memoria deve perciò mantenere divise due facoltà completamente diverse e che possono venire pregiudicate indipendentemente l'una dall'altra. La prima di esse è quella chiamata da Werniche *capacità di fissazione*: (1) il ricevere cioè e il mantenere l'impronta di un nuovo materiale di osservazione. Questa capacità di fissazione è di solito più grande per le impressioni che sono state percepite con maggior chiarezza e ancor meglio seguite con l'aiuto dell'attenzione, la quale sceglie secondo determinati punti di vista. Tutte le condizioni adatte ad indebolire così l'intensità e l'acutezza delle impressioni, come l'eco di queste ultime nella nostra vita psichica, diminuiranno dunque la capacità di fissazione. Tali sono da una parte la difficoltà di percezione e dall'altra la deviabilità e l'indifferenza. Noi osserviamo perciò quella alterazione in tutti gli offuscamenti accentuati della coscienza; in grado minimo anche nella semplice distrazione in seguito a stanchezza, nell'impedimento della respirazione nasale, nell'eccitazione maniaca e infine nella demenza avanzata, nella paralisi, nella debolezza psichica degli epilettici e in quelli stadii terminali della dementia praecox in cui si giunge all'ottundimento per tutto ciò che riguarda il mondo esteriore. Però noi riscontriamo i gradi più elevati di alterazione nella fissazione dei ricordi, nella malattia di Korssakow e nella demenza senile, specialmente poi nella

(1) Kraepelin, *Monatsschr. f. Pschiatrie, VII*, 245. 1900; - Ranschburg, *ebenda IX*, 241, 1901.

presbiofrenia, anche se in questa l'eccitabilità intellettuale e la capacità di percezione sono ben conservate. Dai tentativi fatti sinora su tali ammalati sembra che in questi le percezioni si sviluppino in modo estremamente lento, sicchè ne risulta una notevole diminuzione della capacità di percezione di quegli stimoli che agiscono solo per breve tempo. Anche l'impallidimento dei processi coscienti si compie in modo sproporzionatamente rapido. Tale fatto appunto dovrebbe essere in prima linea responsabile della minima capacità riproduttiva delle rappresentazioni negli ammalati suddetti.

Anche nei maniaci sembra, e ne è indice l'aumentata deviabilità, che l'impallidire delle rappresentazioni si compia rapidamente. Se ciò malgrado la loro capacità di fissazione è relativamente poco alterata questo potrebbe dipendere dal fatto che le percezioni si sviluppano con sufficiente rapidità. D'altra parte non è forse inutile accennare che anche nella vita sana i ricordi dei nostri sogni si fissano molto lassamente. Essi non raggiungono per sè stessi una grande vivacità e spariscono di regola in modo straordinariamente rapido. Specialmente non siamo in grado di ricordare le parole e i discorsi dei sogni, anche se nel dormiveglia abbiamo cercato di imprimerceli ripetendoli molte volte.

Siccome le gravi alterazioni della coscienza sogliono svolgersi in un tempo nettamente limitato, così anche la capacità di fissazione può essere diminuita o sospesa solo per un determinato lasso di tempo. In questo modo restano nella memoria lacune, le quali provano la sospensione della coscienza nel lasso di tempo ad esse corrispondente. Strettamente intesa la *perdita della memoria,* l'amnesia, è quasi l'unico punto di appoggio che ci permetta con qualche sicurezza di ammettere una precedente perdita di coscienza. Ma l'esperienza quotidiana del dimenticare i sogni che talvolta possono esserci richiamati alla menoria da una impressione casuale, ci dimostra che la vita psichica, e quindi la coscienza, può esistere benissimo senza che le tracce delle impressioni e delle rappresentazioni siano rimaste tanto impresse nella memoria da permettere senza difficoltà una rinnovazione. Completamente simili debbono certo giudicarsi le alterazioni della coscienza nell'epilessia, in molti delirii, nell'ubbriachezza grave, e nell'ipnotismo in cui l'osservazione clinica può molto spesso riscontrare segni non dubbi di attività psichica sebbene più tardi non resti e non possa essere risvegliato il minimo ricordo di essa. Per questa interpretazione sono particolarmente importanti i casi di quando in quando osservati, nei quali immediatamente dopo il dileguarsi dell'alterazione è ancora possibile un certo ricordo, sebbene molto fuggevole, dell'accaduto; oppure quei casi nei

quali esso puo essere risvegliato per mezzo dell'ipnosi. Infine per mezzo di certi processi patologici può scomparire durevolmente o transitoriamente il ricordo di tempi in cui indubbiamente non esisteva alcuna alterazione della coscienza. Una tale « amnesia retrograda », (1) una perdita retrospettiva di memoria si osserva dopo attacchi epilettici, isterici, eclamptici e paralitici, dopo lesioni alla testa, tentativi di appiccamento e avvelenamenti. Gli ammalati non solo non ricordano l'accidente, ma neanche gli avvenimenti che lo hanno preceduto di giorni, di ore e anche di settimane. Talvolta il ricordo ricompare, almeno in parte, a poco a poco, con o senza aiuti suggestivi; in altri casi esso è perduto per sempre.

Essenzialmente diversa dalla facoltà di fissazione degli avvenimenti presenti è la facoltà di conservazione delle impressioni passate. Quest'ultima dipende non solo dalla capacità di fissazione in tempi precedenti, ma anche dalla frequenza delle ripetizioni presentatesi, e infine dalla tenacità della memoria in generale. Noi sogliamo per lo più giudicare la conservazione della memoria per la sicurezza con la quale essa ha ancora a sua disposizione cognizioni precedentemente bene imparate, cose studiate in iscuola, importanti ricordi personali, ecc. Come insegna l'osservazione, la diminuzione nella conservazione dei ricordi, la *debolezza della memoria,* procede per solito insieme con una diminuzione della capacità di fissazione; non avviene però il reciproco. Nelle alterazioni transitorie della coscienza la capacità di fissazione è diminuita senza che si abbia una debolezza della memoria. Inoltre noi osserviamo, segnatamente nell'età avanzata, una mancanza di rapporti fra grave alterazione della facoltà di fissazione da un lato e indebolimento assai lieve della memoria dall'altro. Qui la percezione di nuove impressioni avviene secondo l' abitudine senza una vera partecipazione interna, e la capacità di rinnovamento rimane perciò limitata, mentre spesso i ricordi di tempi passati, non più scacciati da nuovi acquisti, tornano con meravigliosa vivacità e fedeltà nel decorso delle rappresentazioni. Con questa osservazione sta in completo accordo il fatto che di tutte le combinazioni di rappresentazioni, con cui noi vogliamo lavorare, circa il 70 per 100 provengono dalla gioventù. Nelle alterazioni patologiche della vecchiaia il processo descritto si presenta spesso molto accentuato, anche se con il progresso della demenza i ricordi antichi vanno sempre più scomparendo. In modo simile nella paralisi può essere da principio intensamente alterata la capacità di fissazione,

---

(2) Paul, *Archiv f. Psychiatrie, XXXII,* 251. 1899.

mentre solo più tardi insorge un indebolimento della memoria che aumenta rapidamente. Nella sindrome di KORSSAKOW la debolezza della memoria può riguardare tutta una determinata epoca della vita.

Ricordiamo solo brevemente che, oltre alle lacune della memoria limitate nel tempo, è stata osservata come è noto, anche la perdita del ricordo di *determinati gruppi di rappresentazioni;* un processo di cui l'esempio più conosciuto, l'*afasia amnestica,* presenta l'incapacità totale o parziale a riprodurre l'immagine delle parole; e questo processo può, almeno sembra, svolgersi analogamente anche in altri dominii. WOLF ha descritto casi in cui apparentemente erano andate perdute classi intere di immagini mnemoniche sensoriali, mentre persistevano le rappresentazioni generali. Esempi molto notevoli di perdita circoscritta di rappresentazioni sono stati inoltre osservati da RIEGER in un caso di grave trauma cerebrale. L'interpretazione di tali osservazioni è straordinariamente difficile. Per lo più si sogliono riferire alla interruzione di determinate vie di conduzione, ma questa spiegazione vale tutto al più per alcune alterazioni molto grossolane. Sembra degno di nota che anche in circostanze abituali, la memoria per i differenti gruppi di rappresentazioni è sviluppata in modo molto diverso nelle singole persone. I ricordi di luoghi, numeri, nomi, colori, tonalità, forme, sono, a quanto pare, in alto grado indipendenti gli uni dagli altri. Parecchi osservatori sostengono inoltre che anche le parti motrici e sensoriali componenti le singole percezioni, la denominazione parlata e gli elementi sensoriali, possono restare impressi con differente solidità, in modo che alla fine anche un'alterazione generalizzata potrebbe, a seconda della composizione speciale delle date rappresentazioni, avere per conseguenza fenomeni di perdita in vario modo limitati. Per la psichiatria nello stretto senso della parola non sono ancora state utilizzate simili alterazioni.

Sono invece di grande importanza quelle varie e gravi alterazioni, facili a riscontrarsi negli ammalati, che riguardano la *fedeltà della memoria,* la concordanza cioè del contenuto dell'immagine mnemonica con la osservazione passata. Noi sappiamo dalle ricerche e dalle esperienze quotidiane che anche le più semplici immagini mnemoniche, già in circostanze abituali, non sono completamente uguali alle percezioni, ma esse sogliono immediatamente, appunto per la loro conservazione nella memoria e per il loro ordinamento nel rimanente contenuto della coscienza, subire considerevoli trasformazioni. Si pensi solo a quanto sembrino meschini all'adulto, dopo un lunga assenza, i rapporti di grandezza che gli fecero impressione da bambino. Col mutarsi della misura

generale della grandezza, la immagine mnemonica è cresciuta inosservatamente, in modo che la contraddizione di essa con la realtà sorprende stranamente. Ma anche la semplice descrizione di uno stesso avvenimento fatto da differenti persone o da una stessa persona in epoche differenti (1) insegna che la memoria non è che una copia poco fedele della realtà. Qui è molto importante la circostanza che la sicurezza interna della ripetizione non è assolutamente dipendente dalla concordanza con l'immagine primitiva. Tratti completamente inventati possono essere accompagnati dal sentimento di un sicuro ricordo, mentre reali traccie mnemoniche sembrano talora incerte. Non raramente anzi si può dimostrare come appunto quei particolari che compaiono nella memoria con speciale evidenza non corrispondano alla realtà. Questa osservazione ci esorta ad esser cauti nell'ammettere una « ipermnesia » un aumento patologico della capacità mnemonica. Se anche singoli avvenimenti con forte tono emotivo possono in date circostanze restare fermamente impressi e ripresentarsi poi con tormentosa chiarezza, nei ricordi molto particolareggiati si avrà poi da fare, di regola, con falsificazioni.

A causa delle alterazioni patologiche della personalità psichica, si falsificano così molto spesso anche i ricordi del passato. In gran parte ciò avviene per le influenze emotive e segnatamente per l'entrare in giuoco dell'amor proprio. Negli individui con vivace potenza immaginativa ed elevato sentimento di sè stesso, gli avvenimenti precedenti subiscono inosservatamente trasformazioni profonde nel senso che la propria personalità va assumendo una parte sempre maggiore. Le ombre si dileguano e la luce della propria perfezione brilla sempre più chiara. In date circostanze si può giungere in questo sforzo involontario per la glorificazione di sè stesso, fino all'invenzione o almeno al libero abbellimento di racconti impressionanti che infine vengono creduti veri fin quasi dallo stesso narratore. Come è noto, Daudet ha descritto molto graziosamente questo processo nel noto « *Tartarin.* » D'altra parte all'ammalato depresso la sua intera vita passata appare come una catena di tristi esperienze o di cattive azioni; la mania di persecuzione o di grandezza gettano la loro ombra anche sul tempo trascorso, e fanno trovare agli ammalati, fin nella loro gioventù, indizii di una ostilità dell'ambiente, di marcata considerazione da parte di persone altolocate, o di grande capacità in campi più disparati dell'umano potere.

---

(1) Stern, *Zur Psychologie der Aussage.* 1902.

Di regola si tratta qui solo di « paramnesie, » di mescolanze di avvenimenti reali con aggiunte proprie; di un processo dunque che, in certo senso, corrisponderebbe quasi alle illusioni. Talvolta però si arriva alle *allucinazioni della memoria* (SULLY), ad una invenzione completa di apparenti reminiscenze alle quali non corrisponde alcuna immagine del tempo passato. (1) Così noi possiamo ricordarci in sogno con completa chiarezza avvenimenti che non hanno mai avuto luogo; noi siamo inoltre in grado di far sorgere con la persuasione, durante l'ipnosi, simili falsificazioni della memoria; e ciò riesce anche talvolta negli stati crepuscolari epilettici o isterici. Falsificazioni mnemoniche molto stravaganti sogliono presentare gl'individui affetti da quella forma a cui io ho dato il nome di dementia paranoides. Essi raccontano di viaggi favolosi da loro compiuti, di avvenimenti miracolosi, di lotte possenti da essi sorpassate, di orribili ferite, e, spinti dalle domande e dalle obiezioni giungono a particolari minuti che talvolta si contraddicono l'un l'altro. Per lo più tali avvenimenti rimontano a molti anni prima, perfino a secoli o migliaia di anni indietro. Anche nei paralitici si riscontra il « favoleggiare », la descrizione di vicende inventate di sana pianta e talvolta fortemente organizzate; e segnatamente nelle alterazioni psichiche della sindrome di KORSSAKOW e nella presbiofrenia che ad essa tanto somiglia. Qui le lacune determinate dalla grave alterazione di fissazione vengono colmate da falsificazioni della memoria che insorgono spontanee dietro eccitazione, e che possono estendersi fino al più lontano passato.

In parecchi casi le falsificazioni mnemoniche non sono liberamente originate, ma si collegano ad una qualsiasi casuale impressione esterna (forma associante). Gli ammalati credono di aver già visto singole persone e oggetti del loro ambiente o di averne sentito parlare, pur però senza riferirsi ad immagini mnemoniche reali. Essi non confondono in nessun modo quegli oggetti, come era il caso nelle falsificazioni di percezione o nell'influenzamento delle percezioni a mezzo della memoria; ma si svolge qui il processo inverso: alle percezioni, comprese in maniera completamente netta, si collega un ricordo assolutamente inventato, la presunta immagine del quale vien fatta datare generalmente da alcuni mesi, raramente da anni. Qui l'avvenimento precedente suole sorgere per lo più solo dopo alcune ore, o anche dopo giorni, ma raggiunge più rapidamente la completa chiarezza.

(1) KRAEPELIN, *Archiv f. Psychiatrie, XVII u. XVIII*; - BEHR, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LVI* 918; - BERNARD-LEROY, *l'illusion de fausse reconnaissance.* 1898.

Qualche volta l'immagine primitiva viene posta nel sogno, sicchè la realtà appare come un compimento della visione del sogno. Behr nota che in tali illusioni potrebbe trovarsi la spiegazione di parecchi « sogni » avveratisi.

L'ultima forma di falsificazioni mnemoniche che noi dobbiamo qui ricordare è stata descritta ottimamente da Sander. Già nella vita di soggetti sani noi osserviamo talvolta, specialmente nella gioventù ed in stati di rilassamento, che, in una situazione qualsiasi, si presenta improvvisamente l'idea di esserci trovati già una volta nello stesso caso. Contemporaneamente noi abbiamo un confuso presentimento di quello che probabilmente potrà accadere senza poterne però formare una immagine chiara. Infatti ci sembra che un avvenimento, sollecitamente sopraggiunto, faccia avverare in realtà i nostri presentimenti. In tal modo rimaniamo per un breve tempo spettatori inattivi dinanzi alla serie delle nostre rappresentazioni che precede con segni indeterminati il vero corso delle cose, finchè improvvisamente il fenomeno scompare. Sentimenti di penosa incertezza e di tensione sogliono di regola accompagnarsi ad esso.

In modo molto accentuato si osserva di quando in quando questa alterazione in circostanze patologiche, specialmente negli epilettici in connessione con gli attacchi. Quello che la distingue dalle già menzionate forme di falsificazioni mnemoniche, è la *completa somiglianza dell'intera situazione,* compresa la propria personalità, con un ricordo apparente (forma identificante). Mentre là si tratta di singole impressioni che vengono percepite dapprincipio come originantesi mediatamente o immediatamento dal passato, qui la intera situazione con tutti i suoi particolari è invece presumibilmente solo la copia fedele di un avvenimento completamente simile svoltò nel proprio passato. Così accade che nei casi molto rari in cui queste falsificazioni si svolgono durante settimane, mesi, persino decine di anni, sorge con una certa necessità nell'ammalato l'idea che egli conduce una doppia vita che si ripete. Pick ha descritto perfino un caso in cui si aveva una moltiplicazione della memoria. Il fondamento di tale alterazione è assolutamente oscuro. È possibile che talvolta veri ma confusi ricordi segnatamente di sogni, basandosi su lontane somiglianze, possano mettere falsamente l'infermo in relazione con la situazione presente percepita solo nei contorni generali; ma questa spiegazione sarebbe difficilmente adattabile per tutti i casi. Gli spiacevoli sentimenti di attesa si riferiscono probabilmente alla vana lotta per giungere ad una percezione chiara del confuso contenuto della coscienza.

Disturbi dell'orientamento. — La continua elaborazione psichica degli avvenimenti fa sì che noi siamo sempre in grado di renderci conto della situazione generale in cui ci troviamo e dello sviluppo di essa dagli avvenimenti passati. Questa chiarezza dei rapporti con l'ambiente presente e con il passato è da noi chiamato *orientamento.* (1) Naturalmente noi abbiamo da fare qui con una funzione psichica molto complicata, alla formazione della quale partecipano i più varii dominii della nostra vita psichica. Dapprima si sviluppa *l'ordine cronologico* delle nostre osservazioni dagli ininterotti e multipli legami che, per mezzo della memoria, si stabiliscono continuamente fra i processi che si succedono contemporaneamente e direttamente nella nostra coscienza. In questo modo l'intera somma dei nostri ricordi si ordina in una serie continua, il cui punto finale è formato dal momento presente, mentre il principio si spinge più o meno lontano nel passato. Solo le più recenti parti componenti questa serie formano il contenuto completo e chiaro della nostra memoria: quanto più noi andiamo indietro, tanto più si perdono i particolari, e tanto più rapidamente la serie si restringe a fatti mnemonici isolati e particolarmente importanti, ai quali si aggiunge, in maniera più o meno lassa, un miscuglio di singole reminiscenze. Sono pietre miliari che si pongono in rapporti determinati con gli avvenimenti generali e specialmente con il calcolo del tempo, e ci rendono così possibile un ordinamento cronologico, almeno approssimativo, delle nostre osservazioni passate.

Anche la chiarezza intorno al luogo in cui ci troviamo è collegata in parte all'azione della memoria. Da un lato con l'aiuto di immagini mnemoniche precedentemente acquistate noi possiamo riconoscere le particolarità dell'ambiente che in quel momento ci circonda, dall'altro lato gli avvenimenti antecedenti possono anche avere agito chiarendoci su di un ambiente, altrimenti completamente sconosciuto, appunto se per essi il cambiamento di luogo venne preparato in modo univoco e preveduto da noi. Certamente noi avremo inoltre da attribuire anche alla percezione una parte essenziale per l'orientamento locale. In tutte le situazioni della vita in cui noi non prevediamo dove giungeremo o in cui circostanze qualsiasi hanno delusa la nostra attesa, la percezione ci illumina tosto di regola sulla vera situazione col ristabilire in un modo qualunque il collegamento delle nuove impressioni con le esperienze precedenti. Certamente, spesso non si tratterà qui semplicemente

---

(1) Finzi, *Rivista di patologia nervosa e mentale, IV,* 8. 1899.

di ricoprire l'ambiente presente con immagini mnemoniche, ma la concezione dell'ambiente verrà raggiunta per mezzo di riflessioni più o meno circostanziate e di consecutive conclusioni. Lo stesso vale per l'orientamento intorno a persone nel quale debbono parimenti agire insieme memoria, percezione e giudizio.

Da questa esposizione si rileva che l'orientamento dei nostri ammalati può venire pregiudicato da alterazioni molto diverse. È dunque forse meglio distinguere in generale tre forme principali del disorientamento, secondo che la causa risieda essenzialmente in alterazioni patologiche della percezione, della memoria o del giudizio. In singoli casi l'azione di parecchie di queste alterazioni può benissimo collegarsi. Inoltre la cerchia delle alterazioni può o estendersi a tutti i dominii dell'orientamento, o limitarsi a singoli rapporti, in modo che noi possiamo distinguere disturbi totali e parziali dell'orientamento.

Il quadro del disturbo è perciò molto vario, tanto più che il nocumento delle funzioni psichiche da cui si rileva la confusione del malato può essere molto vario. Così la percezione dell'ambiente può essere impedita dal fatto che gli ammalati non posseggono la mobilità intellettuale sufficiente ad elaborare le impressioni esterne, sia per arresto del pensiero, sia per offuscamento della coscienza, con o senza falsificazione della percezione. Il primo caso è molto frequente nella dementia praecox. In questo disorientamento *apatico* manca agli ammalati, sebbene essi percepiscano senza difficoltà, ogni tendenza a rendersi conto del significato di quanto vedono e odono talchè spesso essi, anche per intere settimane, non si curano di sapere dove si trovino, chi sono le persone che li circondano e quanto tempo è passato. Solo apparentemente simile è l'azione dell' arresto del pensiero come noi lo riscontriamo nella psicosi maniaco-depressiva. Qui una percezione coerente dell'ambiente è impedita dalla difficoltà nella formazione del pensiero in modo che ne insorge uno stato di *incertezza*. Gli ammalati percepiscono i particolari, ma non sono in grado di formarsi alcun concetto sulla propria situazione. Si può forse giudicare nello stesso modo il disorientamento nella grave eccitazione maniacale che si accompagna regolarmente con intensa difficoltà nella percezione e nella elaborazione delle impressioni esterne. Anche le differenti forme di offuscamento di coscienza come si osservano nelle malattie a focolaio, nell'epilessia, nell'ebbrezza, determinano un pregiudizio più o meno marcato dell'orientamento. Negli stati deliranti, che costituiscono da soli il quadro morboso, principalmente nelle infezioni e nelle intossicazioni, nell'epilessia e nell'isteria, anche veri disturbi

psico-sensoriali contribuiscono, oltre che la mancanza di lucidezza nella percezione, ad offuscare ed a falsare l'immagine dell'ambiente. Volendo si potranno distinguere tutte queste forme di disorientamento in *stuporose, deliranti, allucinatorie;* ma bisognerà sempre ricordare che nei singoli casi l'origine della alterazione non è certamente unica, ma dipende sempre dalla cooperazione di cause diverse.

Un buon esempio di ciò ci fornisce il disorientamento nel delirium tremens. Qui esistono disturbi psico-sensoriali e una alterazione nella percezione. Anche la sproporzione fra l'assennatezza degli ammalati e la loro completa mancanza di chiarezza sulla propria situazione è estremamente spiccata. In parte deve aver qui importanza il fatto che la percezione della lingua parlata è molto meno alterata di quella delle impressioni visive le quali hanno appunto una speciale importanza nell'orientamento. Ma gli ammalati non raggiungono la chiarezza, anche se essi vengono ampiamente istruiti sulla loro situazione, quantunque capiscano benissimo questa spiegazione. I fenomeni interni del delirio respingono rapidamente l'azione delle spiegazioni. A ciò si aggiunge che il contenuto di queste ultime come quello delle percezioni reali non resta impresso, ma viene dimenticato assai rapidamente. Da questa ultima circostanza ha particolarmente origine la confusione caratteristica su gli avvenimenti e sui rapporti cronologici del più recente passato.

In quei casi in cui al delirium tremens si unisce la malattia di Korssakow si fa sempre più evidente il disorientamento *amnestico,* come noi possiamo chiamarlo, poichè l'alterazione della percezione, i disturbi psico-sensoriali, i delirî possono sparire completamente o lasciare residui minimi. Conformemente a ciò gli ammalati per lo più sanno rendersi conto della loro situazione, ma non dell'epoca in cui si trovano. Essi non sanno quando sono entrati nell'Istituto, quando hanno ricevuto l'ultima visita e neppure quando hanno pranzato, poichè le impressioni sono in essi troppo rade per potersi collegare in una serie solida che permetta ad uno sguardo retrospettivo di apprezzare le distanze di tempo dal momento presente. Come noi, dopo settimane monotone e prive di attrattive ci ricordiamo dell'ultimo avvenimento importante come se esso avesse avuto luogo « soltanto ieri », cosi a questi ammalati sembrano pochi giorni i mesi che non hanno lasciata alcuna traccia durevole nella loro memoria. Oppure le immagini del più recente passato impallidiscono tanto rapidamente da sembrare ad essi molto remote ed essi si credono già da mesi nell'ambiente in cui sono appena entrati. Le abituali misure del tempo che ci preservano da involon-

tari errori di apprezzamento non lasciano qui alcuna traccia che possa rendere possibile la valutazione delle distanze di tempo. D'altra parte essa è resa specialmente difficile anche dall'insorgere di falsificazioni mnemoniche.

Il disorientamento amnestico può essere anche più fortemente marcato in quelle forme di demenza senile che noi, assieme a Wernicke, chiamiamo presbiofrenia. La intensa alterazione di fissazione può qui, unita ad una difficoltà di percezione, rendere di solito impossibile anche l'elaborazione psichica delle impressioni del momento, in modo che gli ammalati non possono formarsi un quadro chiaro del loro ambiente sebbene essi ne comprendano i particolari senza notevole difficoltà. Anche il noto disorientamento cronologico dei paralitici è essenzialmente di origine amnestica, anche se qui l'alterazione di fissazione raggiunge solo eccezionalmente il grado massimo. Esso sembra di regola più grande di quello che è realmente, perchè gli si aggiungono la indifferenza e la perdita dell'eccitabilità psichica che rendono gli ammalati più o meno incapaci di una accentuazione volontaria delle impressioni esterne.

Come una forma speciale del disorientamento amnestico possiamo infine considerare quella confusione intorno al tempo e all'ambiente che viene originata da una lacuna della memoria. Nello svegliarci dal sonno o da uno svenimento noi sentiamo subito la viva necessità di renderci conto della nostra situazione e di riacquistare con ciò il collegamento con gli avvenimenti precedenti. Se frattanto hanno avuto luogo gravi cambiamenti, la soluzione di questo compito, ordinariamente così semplice, può diventare molto difficile specie quando sussistono ancora ostacoli alla percezione o alla formazione del pensiero. Per questi motivi, ordinariamente dopo stati durevoli di gravi turbamenti della coscienza che abbiano determinato lacune nella memoria, noi riscontriamo una deficienza di orientamento che persiste per un tempo abbastanza lungo. In determinate circostanze può avervi parte anche l'azione postuma di allucinazioni, di delirii, appartenenti alla affezione passata.

Una importanza completamente diversa delle forme di cui si è parlato finora ha infine il disorientamento *delirante*. Qui è solo la elaborazione psichica delle impressioni giustamente percepite ed impresse che conduce non ad una confusione, ma ad una falsa opinione del tempo e dell'ambiente. Non è necessario che abbia luogo una riflessione cosciente: si tratta solo del fatto che gli ammalati si pongono in espresso contrapposto con l'apparenza e con le testimonianze del loro ambiente. In determinate circostanze possono bene percezioni illusorie o alluci-

natorie dare la spinta necessaria per l'interpretazione delirante. A questi gruppi appartengono specialmente molti casi di scambio di persona, le narrazioni che fanno malati depressi di essere in prigione, all'inferno, in una cattiva casa, e ostinate trasposizioni del giorno o dell'anno nei paranoici, ecc.

Disturbi nella formazione delle rappresentazioni e dei concetti. — Le più semplici rappresentazioni contengono solo elementi di una singola sfera sensoriale. Con il progressivo perfezionamento psichico si hanno però rappresentazioni sempre più complicate, le singole parti delle quali hanno origine dai più vari campi sensoriali. Per lo più la partecipazione dei singoli sensi avviene molto diversamente. Non solamente si deve dare una maggiore importanza per la formazione delle immagini a certi gruppi di percezioni che non ad altri, ma anche si vede che la disposizione personale preferisce in questo processo ora maggiormente queste, ora quelle altre sfere sensoriali. Mentre nella vita rappresentativa di un soggetto prevalgono quegli elementi che furono raccolti per mezzo della vista, in un altro prevalgono specialmente le impressioni fornite dall'udito o dalla sensibilità muscolare. Con la perdita totale di tutti i campi sensoriali anche le rappresentazioni presenteranno una uniformità caratteristica; ed anche si potrebbe dare il caso che tutte le rappresentazioni dovessero essere composte esclusivamente dalle percezioni del senso tattile e muscolare. Del resto anche in questo caso estremo è ancora possibile un grande sviluppo della vita rappresentativa.

Si comprende che un perfezionamento incompleto e una esigua durata delle impressioni dei nostri sensi debbano nuocere in alto grado allo sviluppo delle immagini composte dalla nostra attività rappresentativa. I singoli elementi della percezione non si mettono più in stretto rapporto tra loro e con le osservazioni anteriori, ma isolati e senza legame di nessun genere si disperdono presto e completamente nella folla indistinta. Simili stati si dovranno infatti ammettere nelle forme più gravi di debolezza mentale originaria e acquisita. In tali casi non avviene in realtà una stretta relazione delle singole percezioni, gli anelli della catena delle osservazioni non si annodano l'uno con l'altro, ma ogni impressione inutilizzata ricade rapidamente, come era insorta, nella dimenticanza.

Con la più ricca e svariata perfezione delle rappresentazioni la loro costituzione diviene necessariamente sempre più complicata. Il numero e la varietà dei singoli elementi che si collegano tra di loro va aumentando in maniera che non è più possibile di giudicare senz'altro

in blocco tale quadro psichico, ma occorre invece osservarlo nei suoi varii lati. Contemporaneamente anche i singoli elementi perdono sempre più la loro chiarezza sensoriale, perchè essi non sono il risultato di una singola impressione sensoriale, ma di percezioni spesso ripetute. Ciò che nell'osservazione vi è di casuale e di accessorio si cancella, mentre ciò che è essenziale e che sempre si ripete, si imprime e si rafforza sempre più. In tal modo i quadri mnemonici originarii divengono vere rappresentazioni; essi non sono più la semplice risonanza di una determinata impressione sensoriale, ma l'espressione generale di tutte le osservazioni di una certa natura che hanno agito sulla coscienza.

Questo punto dello sviluppo corrisponde a quello nel quale le *denominazioni verbali* cominciano a spiegare la loro influenza sulla vita psichica. L'estensione e la varietà delle rappresentazioni rende impossibile di richiamare sempre nella coscienza, nel processo ideativo, in tutte le direzioni, il deposito totale di una serie di osservazioni. Invece nel pensare appaiono da principio sempre solo gli elementi più vigorosamente sviluppati di una simile formazione psichica, se altre parti della rappresentazione per uno special motivo non mettono in evidenza altri lati. Con la frequente ripetizione di questo processo, quelle parti maggiormente e durabilmente sviluppate divengono veri depositarii della completa rappresentazione. Con il loro aiuto siamo sempre capaci di attirare nella coscienza le diverse altre parti dell'intero patrimonio psichico in modo che esse risaltino più chiaramente.

L'incarico di rappresentare la completa ideazione nel pensiero abbreviato può spettare naturalmente a qualunque elemento della ideazione stessa. Anche qui esistono senza dubbio delle grandi differenze personali. Dapprincipio avranno forse queste parti singole immagini mnemoniche concrete, ora dovute a questo, ora a quel senso; questo è un contegno che rimane tanto più a lungo e più pronunciato per quanto è meglio sviluppata la forza d'immaginazione sensoriale. In generale al posto dei ricordi concreti subentrano sempre più i segni verbali. Quanto più la singola rappresentazione diviene estesa, quanto più generale diviene il suo contenuto, tanto più impallidisce il colorito sensoriale e tanto maggiore diviene l'importanza che acquista la denominazione verbale ripetuta sempre in eguale modo. Le più elevate forme di sviluppo della attività psichica sogliono perciò effettuarsi in gran parte all'infuori delle rappresentazioni concrete, e sogliono toccare solo ogni tanto superficialmente la sfera dei ricordi sensoriali.

In circostanze morbose può il suddetto processo di sviluppo arrestarsi in un qualsiasi punto. In una psiche originariamente incompleta

il perfezionamento delle rappresentazioni si ferma al grado dei quadri mnemonici sensoriali. Gli infermi si arrestano alla singola osservazione senza poter discernere ciò che è comune alle diverse impressioni analoghe. Essi sono incapaci alla sintesi di una grande serie di osservazioni, essi non distinguono ciò che è essenziale da ciò che non lo è, e il generale dallo speciale. Il totale pensiero non può quindi, oltrepassando la sfera dei dati sensoriali diretti, sollevarsi a concepire punti di vista più alti e più estesi. Da ciò risulta necessariamente la limitazione della completa esperienza della vita in un cerchio vicino e ristretto, l'incapacità per lo sviluppo di idee generali le quali potrebbero servire come base di un lavorio ideativo più astratto.

Per la grande importanza che il sapere già acquisito possiede sulla raccolta di nuove osservazioni, è naturale che la deficienza delle rappresentazioni generali influisca in modo molto sfavorevole sull'aumento del tesoro rappresentativo. Le antecedenti osservazioni rendono il nostro sguardo più acuto per altre simili impressioni; le cose nuove vengono concepite e ritenute molto più facilmente quando possono essere messe in relazione con ciò che è già conosciuto, quando possono essere classificate in cerchi ideativi preesistenti. Quanto più ricco è il tesoro rappresentativo tanto più si è capaci di raccogliere tutto ciò che viene ad arricchirlo di più, perchè i rapporti della vita psichica con il mondo esterno divengono sempre più numerosi e varii. Così avviene che l'incompleto sviluppo delle rappresentazioni diminuisce contemporaneamente anche la sensibilità a nuove impressioni. Queste non trovano modo di connettersi al tesoro dell'esperienza, non sono fermamente incorporate, e perciò vanno di nuovo rapidamente e facilmente perdute. Alla limitazione sensoriale del processo ideativo si unisce perciò regolarmente ristrettezza di orizzonte, povertà di rappresentazione e ottusità di memoria.

Naturalmente tutti questi disturbi si presentano in forma pronunciata solo nei casi nei quali il fondamento morboso esiste fin dalla giovinezza. Nella debolezza mentale acquisita la provvista di osservazioni antecedenti potrà mascherare più o meno completamente e durante molto tempo l'incapacità a raccogliere nuove impressioni e a formare nuove rappresentazioni. Nel decorso successivo però si vedranno tali disturbi manifestarsi in modo sempre più distinto. Nella paralisi progressiva, nella dementia praecox, nella debolezza mentale senile osserviamo egualmente come si va restringendo il cerchio rappresentativo, come i processi ideativi più generali e più astratti cedono il posto innanzi a ciò che è concreto, giornaliero e facile. Nuove impressioni

non vengono più acquisite nè elaborate, e le osservazioni più recenti vengon presto dimenticate anche quando i ricordi del tempo passato restano ancora con una tenacia e fedeltà sorprendenti.

Poco meno nocivo del mancante perfezionamento delle unioni rappresentative, suole divenire per la vita psichica la morbosa mobilità delle formazioni psichiche, la quale con audace leggerezza sa gettare il ponte di comunicazione tra le più varie osservazioni. Bastano appena lontane somiglianze ed analogie parziali per mettere in stretta relazione due rappresentazioni; la mancanza di anelli intermediarii viene riparata rapidamente con sempre pronte supposizioni, e le contraddizioni vengono eliminate con trasformazioni più o meno libere. Così un infermo ingegnere mi dimostrava con estesi e molto esatti disegni, l'idea di riprodurre per mezzo di varia disposizione di pezzi da costruzione completi brani di musica che potessero venire trasmessi e quindi eccitare artisticamente e contemporaneamente l'occhio e l'orecchio. Una tale arbitrarietà nell'associazione dell'idee rende naturalmente quasi totalmente impossibile la scelta omogenea e la separazione di quel che non è essenziale e di ciò che è lontano nella formazione delle idee. In tal modo i concetti debbono essere totalmente privi di quell'acutezza e lucidità che rende possibile ad essi di servire di fondamento a lavori psichici più elevati; divengono creazioni psichiche *vaghe ed indistinte,* con l'aiuto delle quali possono solo effettuarsi giudizi unilaterali, confusi, di valore dubbio come anche conclusioni analogiche indistinte ed incerte appena che il corso delle idee si allontana dalla sfera dell'osservazione sensoriale immediata. Come espressione clinica del suddescritto disturbo si può considerare la tendenza alla sentimentalità e al fantasticare; la mancanza di senso pratico, la incapacità ad occuparsi dei dettagli, lo sparpagliamento della forza psichica in progetti ineseguibili e in utopie. Simili originalità formano la caratteristica di determinate personalità psicopatiche; noi le riscontriamo anche nei dementi e negli stati paranoidi.

Disturbi del processo ideativo. — La reciproca associazione delle rappresentazioni avviene secondo determinate leggi che, almeno nelle loro linee generali, ci sono note. Innanzi tutto possiamo distinguere due grandi gruppi di associazione ideative; le esterne e le interne. Nelle prime l'associazione tra le due rappresentazioni viene determinata solo da condizioni esterne e casuali; mentre nelle associazioni interne abbiamo a che fare con relazioni concrete che si sviluppano dal contenuto delle rappresentazioni stesse. Singolarmente ambedue i gruppi principali si suddividono ancora in altre forme secondo la natura del le-

game associativo. (1) Una associazione esterna può essere prodotta innanzi tutto dalla riunione frequente delle medesime impressioni. Ciò ha luogo ad esempio quando spesso o regolarmente due percezioni sono tra loro in rapporto di spazio o di tempo: Casa e finestra, lampo e tuono presentano questa condizione. Una relazione molto simile, ma anche più esterna può aversi con l'esercizio verbale. Determinate associazioni di parole e di frasi si fissano in noi per mezzo di una frequente ripetizione sicchè ogni loro elemento richiama regolarmente alla memoria anche tutti gli altri. Da ciò hanno origine le parole composte, le frasi usuali, le citazioni. In queste unioni si sono spesso logorate psichicamente le generazioni antecedenti; alla relazione verbale equivale anche una relazione di cose. Per noi però questa relazione interna ha ceduto il posto di fronte alla semplice, inconsiderata abitudine della parola. Ciò avviene in grado anche più evidente quando la singola parte è, come non di rado avviene, completamente senza senso, e diviene solo con il congiungimento della parte mancante un tutto sensato. Questa ultima forma delle associazioni esterne rappresentative forma già il passaggio alle *associazioni di suono,* che hanno una speciale importanza in psichiatria. In queste ultime si tratta di una associazione fra due rappresentazioni solo per un'assonanza verbale. Armonia di singole lettere o per meglio dire movimenti verbali spesso in forma rimata bastano già a gettare il ponte di comunicazione senza alcun riguardo al contenuto. La singolarità del processo diviene evidente al massimo in quegli esempi nei quali l'assonanza associativa non possiede più affatto un contenuto verbale, ma è completamente senza senso.

Nel secondo grande gruppo di associazioni rappresentative incontriamo innanzi tutto il legame secondo ordini superiori, laterali e inferiori. Il processo di sviluppo delle rappresentazioni procede in modo che dalle singole osservazioni sensoriali, attraverso la catena di impressioni simili, arriviamo a poco a poco ad una gradazione di rappresentazioni sempre più generali. Ogni singolo anello di questo sviluppo sta naturalmente in relazione sempre più vicina o più lontana con gli altri, sicchè il nostro processo ideativo può sempre passare dal particolare con cui ha cominciato la sua educazione, al generale. La medesima strada può farsi anche in senso contrario, e finalmente siamo capaci di rinnovellare durevolmente il processo che da principio ci rendeva possibile mettere in relazione osservazioni che erano intima-

(1) Aschaffenburg. *Experimentelle Studien über Associationen, Psychologische Arbeiten I, 2: II, 1; III, 2.*

mente d'accordo. Tutte queste associazioni formano insieme la base psicologica di quei giudizii che esprimono la reciproca relazione delle nostre rappresentazioni dalle forme sensitive più semplici fino alle forme più complicate e generali.

Contrariamente a queste possiamo forse comprendere un'altra forma di associazioni interne come il primo grado per quei giudizii nei quali si tratta dell'arricchimento delle nostre idee per mezzo di nuovi elementi. Tali associazioni rappresentative sono forse meglio chiamate predicative. Esse aggiungono ad una data rappresentazione una caratteristica qualsiasi, la quale non appartiene necessariamente alla determinazione del concetto, ma fa risaltare dal complesso degli elementi rappresentativi un gruppo limitato di osservazioni singole più o meno strettamente delineato. Questa delimitata asserzione può essere dedotta tanto da impressioni presenti, quanto da ricordi. Le associazioni predicative contengono per ciò, per lo più, qualità, stati, attività, per i quali l'idea antecedente viene in un qualunque modo delineata più precisamente. Certi elementi della immagine, siano essi antichi o recenti, che per sè, nell'emergere di tale rappresentazione non sarebbero venuti alla coscienza, vengono illuminati più chiaramente. Cosi oltre alla denominazione verbale, l'immagine cane viene forse rappresentata per i contorni generali dell'animale, forse giunge anche lontanamente alla nostra coscienza che il cane è un animale, che è di colore scuro, che cammina, ecc. Tutti questi poco chiari elementi dell'immagine principale possono per mezzo del decorso ideativo successivo risaltare più evidentemente. Però solo il primo detto è un anello *necessario* alla rappresentazione cane, i due ultimi ed innumerevoli altri contengono una denominazione più precisa che non si verifica in tutti i cani. Quando segue perciò all'immagine: cane, l'idea animale, allora abbiamo a che fare con una associazione di ordine superiore, mentre i due altri legami comprendono determinazioni predicative.

I disturbi nel contenuto del decorso rappresentativo possono, a me sembra, essere concepiti nel modo più unitario quali spostamenti nei rapporti tra le rappresentazioni terminali e i singoli membri del nostro processo ideativo. Sfortunatamente non abbiamo qui altra risorsa che l'esame delle espressioni verbali dei nostri infermi, che naturalmente danno solo un quadro molto incompleto e spesso scomposto del loro vero decorso rappresentativo.

Il pensiero normale è regolarmente dominato da rappresentazioni generali che danno ognuna una direzione al decorso rappresentativo. Delle immagini che insorgono sono perciò specialmente quegli elementi

eccitati con una certa forza che stanno in relazione più intima con le idee fondamentali. Dal grande numero di legami possibili, emergeranno perciò in tal modo solo quelli che sono posti in una data direzione, quella cioè determinata dai fini generali del decorso ideativo. Così nasce la interna unità e indipendenza del nostro pensiero, la libertà psichica che si pone in grado di condurre la nostra ideazione secondo i punti di vista risultati dalla storia dello sviluppo della nostra completa personalità psichica.

Negli stati morbosi può il progresso unitario del processo ideativo, garantito dal vigoroso sviluppo delle rappresentazioni terminali, essere disturbato in diversi modi. Ordinariamente avviene che singole immagini o serie di idee con viva accentuazione specialmente sentimentale, intralciano sempre nuovamente il processo ideativo, verso le rappresentazioni finali. Il ricordo di un qualsiasi avvenimento triste, l'attesa o la paura ci possono dominare talmente, che, i nostri pensieri ad onta di tutti gli sforzi per portarli in altra direzione, ritornano sempre di nuovo allo stesso oggetto. L' altra parte dal tono sentimentale possono prodursi rappresentazioni penose che acquistono un importuno potere sul decorso ideativo. Ricordiamo qui l' osservazione che noi a volte in certe circostanze, malgrado la migliore buona volontà, non siamo capaci di evitare l'insorgere di ogni sorta di storie di errori e di fantasmi. Si destano al contrario tanto più vive quanto più affannosamente proviamo a rimandarle indietro.

Questa influenzabilità del decorso ideativo, per mezzo di rappresentazioni a base sentimentale, è naturalmente tanto più forte quanto più facilmente possono prodursi oscillazioni dell'equilibrio psichico. Se si tratta, come avviene generalmente, di sentimenti di avversione il potere dei quali spiega la massima forza sul pensare e sull'agire, allora il disturbo, per il riprodursi dei medesimi pensieri, viene registrato ben presto come tormentoso. È appunto per ciò che cresce il loro potere. Lo sforzo per cacciarli li riavvicina sempre più al punto di mira dell'attenzione. In tali circostanze alla avversione, insita nel contenuto della rappresentazione, può aggiungersi anche il sentimento tormentoso dell'impotenza contro la loro importunità dominatrice. In questo modo nasce quel disturbo che noi con v. Krafft-Ebing chiamiamo «idea coatta» (Zwangsvorstellung) (1), perchè essa è unita regolarmente al vivo sentimento di dover soggiacere ad una idea coatta ultrapotente.

(1) Westphal, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1877, 46; Wille, *Archiv. f. Psychiatrie, XII,* 1; Löwenfeld, *ebenda XXX,* 679; Meynert, *Wiener Klin. Wochen-*

La paura del suo ritorno e quindi la forzata fissazione dell'attenzione, nutrono e caratterizzano l'idea coatta. Essa si sviluppa perciò spesso negli stati di depressione con ansia, come anche negli stati di depressione melanconica e circolare; a volte anche nel primo stadio depressivo della dementia praecox. Il contenuto dell'idea coatta è sempre, fin dall'inizio, sgradevole e tormentoso. Gli infermi debbono pensare senza tregua ad una qualsiasi impressione commovente subita; debbono figurarsi una disgrazia che potrebbe loro succedere; debbono abbandonarsi a pensieri sacrileghi o sconvenienti. La profonda depressione che è il fondamento di tale idea e che riceve da essa nuovo nutrimento, è legata al senso del soggiogamento forzato del pensiero. Nello sviluppo successivo, prevale per lo più la depressione specialmente quando la resistenza dell'infermo contro le idee moleste intiepidisce gradualmente, sicchè cessa la lotta interna e con ciò il senso di essere soggiogato. Le iniziali idee coatte si trasformano in tal modo sempre più in idee deliranti. Il pensiero per il figlio morto diviene per l'infermo un ammonimento della coscienza per mancata sollecitudine; le rappresentazioni spaventevoli di prossime disgrazie significano reali castighi minaccianti; i pensieri disordinati sono la manifestazione di un animo totalmente corrotto, ecc.

Molto più puro si mostra il carattere delle idee coatte dove il fondo del tono sentimentale non è influenzato da emozioni morbose indipendenti. In tali casi l'azione tormentosa in sè stessa non dipende dal contenuto, ma dal ritorno coatto dell'idea. Le forme più conclamate di queste idee coatte in senso ristretto, si sviluppano in alcuni stati morbosi originarii che noi consideriamo come manifestazione della degenerazione. L'aumento della sensibilità emotiva come anche la tendenza ad una tormentosa auto-osservazione, sono le prime condizioni per l'insorgere delle idee coatte. Con facilità si stabiliscono anche qui delle idee che influiscono spiacevolmente per il loro contenuto, e specialmente quelle di natura religiosa e sessuale. A volte il tono sentimentale tormentoso si stabilisce solo per la riflessione sull'idea insorgente. come p. e. avveniva nel caso di una signora, riferito da Löwenfeld, la quale si rimproverava di dover pensare sempre ad un signore con il quale non aveva alcuna relazione.

Mentre qui l'idea coatta per mezzo del senso tormentoso che l'accompagna viene portata nel punto di mira dell'attenzione, in un

---

schrift 1888, 5-7; Tuczek, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1899, 6; Friedmann, *Psychiatr. Wochenschr.* 1901, 40.

altro gruppo di casi determinate abitudini ideative generali, determinano l'apparizione di tali processi ideativi, che più tardi in seguito ai vani sforzi per dominarli acquistano un potere coatto. Ogni individuo sano tiene a conoscere i nomi delle persone che lo avvicinano. In quello stato patologico che si indica con la denominazione di idea coatta dei nomi, il bisogno di ricordarsi i nomi di altre persone può diventare così forte e tormentoso che per appagarlo l'infermo appresta grandi registri, e cerca infine di conoscere il nome di qualunque persona che incontra. Le idee coatte del calcolare originano dallo studio dell'aritmetica che noi dobbiamo esercitare nella gioventù per essere padroni della serie numerica. L'infermo deve eseguire tutte le possibili insensate operazioni delle cose che gli si presentano, o con i numeri che vede deve fare coattamente dei conti. Con il nome di idee espressive coatte si può indicare l'inclinazione morbosa di dare sempre con una minuziosa trasformazione di ogni dettaglio un'altra forma al medesimo pensiero, senza però trovare mai la soluzione soddisfacente. Da ciò ha origine un notevole accumulo di ripetizioni che impediscono il progredire del pensiero. Finalmente si può mettere la morbosa mania *trascendentale* e *interrogativa* in relazione con la tendenza del bambino a fare domande stravaganti e sciocche. All'infermo si impongono con interminabile continuazione domande sterili e inutili che lo irritano e lo affaticano senza che egli possa separarsene.

Per queste ultime forme di idee coatte, delle quali non interessa il contenuto in sè stesso, è conveniente certamente la spiegazione di FRIEDMANN, che si abbia cioè a che fare con idee « non completate », che appunto perciò hanno un effetto eccitante. Sopratutto si tratta di un senso di incertezza che stimola gli infermi a fare ogni sforzo per allontanarle, ma che pure non può mai essere completamente rimosso perchè ogni problema che appare porta subito con sè una serie di altri problemi. Il nome, i numeri, le forme espressive, le domande, non terminano mai e avendo ceduto una volta allo stimolo, non si giunge più alla definitiva tranquillità. La radice più profonda di tali idee coatte risiede quindi nello stesso senso tormentoso che ci stimola a ricercare la verità, però esso non è più il servo, ma il padrone della personalità psichica, perchè a questa manca la forza di soggiogarlo quando impedisce la corrente del pensiero.

Un disturbo, solo esteriormente somigliante all'idea coatta, è il semplice *permanere con fissità delle singole idee*. Questo è caratterizzato da ciò, che una qualsiasi rappresentazione una volta eccitata, di qualunque contenuto, ma ordinariamente in forma di espressione verbale o fonetica, si intromette sempre nuovamente nel corso ideativo.

Tale processo non è raro neppure nella vita normale. Nel corso abituale del pensiero una singola idea non può rimanere per molto tempo in piena altezza se non è sempre nuovamente eccitata da speciali cause. Senza tregua si affollano alla coscienza nuove impressioni e rappresentazioni per avere la prevalenza non appena le rappresentazioni antecedenti cominciano a impallidire. In questa lotta possono rimanere con speciale ostinazione alcune idee che vengono per un qualsiasi motivo eccitate più vivamente. Specialmente qualche volta non possiamo liberarci da immagini di struttura ritmica, (un verso, una citazione, una melodia) invece dobbiamo forse con nostro grandissimo dispiacere ripeterle continuamente finchè non scompaiono scacciate da altre immagini.

Inoltre riscontriamo spesso un caratteristico attaccamento a denominazioni verbali nelle malattie grossolane della corteccia cerebrale. Gli infermi si sbagliano spesso sul senso delle parole e delle frasi che hanno poco prima adoperate; danno agli oggetti denominazioni erronee che hanno intese o pronunziate in giusto senso, o mescolano insieme giusti ed errati frammenti verbali. Specialmente sotto l'influenza della stanchezza tale permanere dell'idea può diventare ben presto così tormentoso che non si riceve più una risposta giusta, ma invece ripetizioni uniformi o cangianti di ciò che si è già detto. Come è stato messo in evidenza da v. Sölder (1) trattasi in tal caso di un patologico sviluppo di una manifestazione che viene osservata nell'errore del parlare usuale. Non solo ci vengono di nuovo sulla punta della lingua facilmente le stesse parole e frasi, ma ciò che si è detto prima dà luogo spesso a determinati errori verbali.

Contrariamente al pensiero coatto riscontriamo spesso tali continue ripetizioni solo come cose aggiunte; il senso di coazione, il senso del soggiogamento malgrado la nostra resistenza manca completamente, benchè forse ci sia spiacevole anche la tenacità delle rappresentazioni. A me sembra che qui la stanchezza debba avere una parte importante. Dove la eccitabilità psichica è abbassata diminuisce la varietà e la vivacità delle immagini che novellamente si producono, cosicchè viene favorita la ripetizione dei processi rappresentativi antecedenti. Vero è che Aschaffenburg nei suoi esperimenti compiuti di notte non ha trovato nella stanchezza progressiva alcun aumento nella permanenza delle idee, ma è dubbio se nei suoi esempi non si sia trattato di una manifestazione di altra natura.

---

(1) Sölder, *Jahrb. f. Psychiatrie*, XVIII, 479, 1899.

Anche altri elementi delle rappresentazioni, preferibilmente od esclusivamente motorie, possono permanere. Gl'infermi adoperano gli oggetti che loro si presentano in modo erroneo, mentre poco tempo prima avevano usato nello stesso modo in maniera giusta altri oggetti. NEISSER ha caratterizzato giustamente questo disturbo col nome di *perseverazione*. In alcuni casi di debolezza mentale senile con accentuata permanenza delle immagini, SCHNEIDER ha potuto dimostrare che lo sviluppo delle rappresentazioni eccitate era estremamente rallentato. La denominazione di un quadro fu espressa solo allora, ma giustamente, quando frattanto si erano già mostrati uno o due altri quadri, sicchè dunque si poteva ammettere un regolare, considerevole ritardo. Infatti nella perseverazione si ha spesso l'impressione che gli infermi stiano completamente senza comprendere di fronte alla nuova percezione e che perciò con l'insistenza ripetano semplicemente ciò che ha preceduto. Se tale supposizione fosse giusta, allora il disturbo sarebbe dovuto non alla speciale ostinazione di alcune rappresentazioni, ma invece alla difficoltata produzione di altri processi che le dovrebbero cacciare e sostituire.

Da distinguere accuratamente dalla perseverazione è la tendenza « alla ripetizione continua » delle stesse rappresentazioni, disturbo che noi riscontriamo in forma pronunciatissima nella dementia praecox. In tal caso il disturbo risulta dalla generale stereotipia dei processi volitivi. Accenni di questa manifestazione li abbiamo anche a volte nei bambini. Essa consiste nelle impulsive ripetizioni spesso continuate fino all'infinito delle medesime espressioni verbali, a volte isolate, a volte intercalate con altre serie di pensieri più o meno coerenti. Il contenuto di queste rappresentazioni stereotipiche è del tutto casuale, e non è come nella idea fissa determinato da ciò che ha preceduto. Invece una rappresentazione può presto o tardi essere scacciata da un altra la quale resta poi ugualmente tenace; oppure, in un più lungo processo ideativo, si può intrudere disordinatamente una serie di rappresentazioni diverse che sempre ritornano. Verosimilmente la parte decisiva nel processo non spetta alla speciale qualità delle singole rappresentazioni, bensì al complessivo stato della vita psichica. Potendo noi certamente supporre che la stereotipia si produca solo quando manchi una direzione della volontà verso uno scopo determinato, non ci meraviglieremo se anche l'impulsiva ripetizione delle stesse rappresentazioni si collega regolarmente con una confusione nel decorso ideativo, che dovrebbe indicare un insufficiente sviluppo delle rappresentazioni finali.

Nel seguente esempio ciò appare molto distintamente.

« Caro signor cugino, non era così, caro signor cugino, non era così, non era così, A. Lauer per S. Lauer A. Lauer per S. Lauer, solo questo unico, A. Lauer per S. Lauer, caro signor cugino, perchè io ho pregato per il suo unico bambino come io in casa del vescovo. Caro signor cugino, amato signor cugino caro, mio unico caro cugino, io voglio dire, come ha vissuto, un buono, un cattivo, caro signor cugino, M, R, I, S. Caro signor cugino, acquavite contro alcool, veleno contro veleno. Io faccio pendere la mia lingua ora quà, ora là, ora dietro, ora davanti. Caro signor cugino, (ripetuto 5 volte) ciò era peso, caro signor cugino, un serpente di rame, bucato, caro signor cugino, per la vera, per la vera, per la vera volontà ecc. ».

D'altro lato un significato differente dalla frequente ripetizione delle stesse rappresentazioni in un determinato processo ideativo, ha la rinnovazione abituale di serie simili di rappresentazioni in occasioni diversissime. Mentre nel caso antecedente il contenuto delle rappresentazioni stereotipiche può variare di caso in caso, abbiamo in questo ultimo a che fare con un deposito irrigidito e perciò quasi immutabile di precedenti osservazioni.

Il nostro completo perfezionamento psichico è fondato sul fatto che i nostri legami rappresentativi si fortificano gradualmente sempre più per la frequente ripetizione. Il risultato del lavoro psichico antecedentemente eseguito sta in tal modo quasi sempre a nostra disposizione senza grande nostra fatica, sicchè possiamo senz'altro continuare a costruire sulle basi una volta acquisite. Anche il completo tesoro di osservazione e di ideazione delle generazioni antecedenti ci viene trasmesso nelle forme determinate della lingua materna, quale pronto istrumento per ogni lavoro psichico. Il significato di queste date formule è naturalmente molto diverso secondo le individuali capacità a produrre, esso può quindi appena essere apprezzato. Noi tutti sappiamo di lavorare continuamente con un grande numero di frasi stereotipiche e di legami ideativi fissi che emergono e decorrono con fatalità sorprendente in dati stimoli senza nostro aiuto e anche senza nostra volontà. Io ho potuto dimostrare che circa il 70 % di un grande numero di associazioni esercitate ritornavano in modo completamente simile dopo circa 2 anni.

Negli stati patologici tale rapporto viene certamente spesso assai considerevolmente sorpassato. Specialmente quando la capacità a raccogliere e ad elaborare nuove impressioni viene distrutta dalla pazzia, sogliono i residui rappresentativi del periodo normale irrigidirsi gradualmente in una continua ripetizione. Così nei vecchi, nella paralisi progressiva e in diverse altre forme di deficienza vediamo il decorso rappresentativo restringersi sempre più a singole serie di pensieri che

sempre ritornano e che non contengono più alcuna nuova attività di lavoro psichico. In questo modo si sviluppa una maggiore o minore *uniformità* dei processi della coscienza. Naturalmente ciò va unito ad un considerevole impoverimento del tesoro rappresentativo. Ciò che non rimane conservato in modo fermo e immutabile si perde senza rimedio. Finalmente le complete manifestazioni verbali di una personalità, antecedentemente molto bene sviluppata, possono ridursi ad alcuni pochi miseri pensieri.

La seguente copia di lettera di una demente senile può illustrare ciò che si è detto:

« Noi non abbiamo mangiato nulla in tutto il giorno caffè e pane – caffè – alla donna piacerebbe cucinare, se avesse qualche cosa, ma in tutto il giorno non ha altro che caffè e pane – ma questo non va bene; la donna deve avere qualche cosa da mangiare – ciò non va bene; l'uomo deve finire di mangiare, i bambini debbono mangiare ei ei ei, questo è però forte; i bambini niente più da mangiare, niente altro che patate – il padre ha mangiato le patate; la madre non ha nulla, i bambini non hanno nulla così è continuato da un giorno all'altro, i bambini non hanno mangiato altro che patate e caffè, oh! Dio così abbiamo finito, così non abbiamo mangiato niente, niente, niente; ciò non deve essere dove noi siamo andati, ci hanno tolto il caffè e le patate, ciò è niente niente altro che caffè, caffè, caffè, ecc. ».

In stretta intima relazione con l'uniformità nel corso ideativo sta un altro disturbo, che esteriormente è poco simile all'uniformità, cioè la *prolissità*. Con ciò intendiamo quella forma di processo rappresentativo nella quale si manifestano con grande distinzione non solo le parti essenziali e necessarie di un processo ideativo, ma anche un grande numero di rappresentazioni accessorie e casuali che le accompagnano. Per ciò da una parte la conclusione della catena rappresentativa, come anche il conseguimento dello scopo prefisso viene sempre più rimandato, d'altra parte il completo decorso ideativo diviene indistinto perchè le cose accessorie sono portate allo stesso livello delle principali. Tale disturbo si basa perciò sopra una separazione imperfetta delle rappresentazioni secondo la loro importanza per il decorso attuale del pensiero. Perciò il processo del pensiero non è limitato alla linea direttiva, invece tocca ogni possibile, indifferente dettaglio. Malgrado ciò suole giungere finalmente al suo scopo, perchè l'immagine finale non si perde completamente in mezzo ai dettagli.

Le forme più semplici della prolissità le riscontriamo nei normali, nelle persone ignoranti nelle quali l'ordine delle rappresentazioni avviene solo incompletamente secondo la loro importanza. v. d. Steinen l'osservò nel modo più pronunciato nei popoli non civilizzati del Brasile centrale. Quanto meno è sviluppato il pensiero intellettivo tanto più

risaltano con forza gli elementi sensoriali nelle rappresentazioni generali, e tanto maggiore sarà la tendenza a rimanere nel corso ideativo il dettagliato e l'accessorio. Da ciò proviene la grande difficoltà di ricevere risposte brevi e positive da persone ignoranti; la loro incapacità a togliere dai loro racconti ciò che è d'importanza secondaria, o dividere nettamente dalle cose vedute quelle pensate o solamente supposte. Non meno conosciuta è la prolissità che si manifesta nella vecchiaia. Con la perdita della capacità a raccogliere e della eccitabilità, avvengono in tale età frequenti ripetizioni dei medesimi processi ideativi che gradualmente e sempre più vanno fortificandosi, e quindi acquistano una importanza sempre maggiore per il completo lavorio ideativo. Lunghe serie di rappresentazioni decorrono sempre nella stessa guisa appena esse vengono eccitate da un qualsiasi stimolo. Queste catene rigide di quadri mnemonici, di idee favorite di osservazioni generali della vita sono unite sempre ai singoli membri del processo ideativo attuale e impediscono un rapido e determinato processo, perchè essi non possono essere soppressi, ma debbono essere prima terminati.

Grande simiglianza con questo disturbo, che naturalmente suole essere maggiormente sviluppato nella demenza senile patologica, mostra la prolissità degli epilettici. La restrizione dell'orizzonte rende impossibile a questi malati di avere continuamente e chiaramente un fine lontano come punto di mira; solo con la guida di cose isolate e prossime trovano, per così dire tastando, la loro strada. Per ciò essi debbono sempre fare gli stessi rigiri servendosi degli stessi punti di ritrovo per giungere al loro fine. Un esempio di ciò è dato dalla seguente pagina di una biografia molto voluminosa:

« Prima che si possa credere una cosa, che ci è stata da altri raccontata o che si sia letta nei calendarii ci dobbiamo dapprima ben convincere e discuterla da noi stessi prima che si possa dire e credere la cosa è bella o la cosa non è bella, prima bisogna esaminare e fare da sè stessi e riguardar bene, e poi, quando l'uomo ha esaminato tutto ed ha fatto tutto da sè e tutto riguardato, allora solo può dire, la cosa è bella, o non è bella, o non è buona: perciò io stesso dico, se si deve dare un'informazione sopra una cosa o determinare qualche cosa esattamente, o se si vuol dire secondo la verità, la cosa è giusta o la cosa non è giusta, allora ogni uomo deve esaminare le cose così come pensa di essere responsabile avanti a Dio Trino ed avanti a Sua Maestà il re di Prussia Guglielmo II imperatore di Germania. Ora voglio cominciare di nuovo a scrivere il racconto che mi hanno riferito i soldati. »

Un ultimo grande, particolare gruppo di disturbi del processo ideativo è caratterizzato dalla mancanza o dall'insufficiente sviluppo delle

rappresentazioni finali. La conseguenza più prossima di una padronanza imperfetta sul decorso rappresentativo è sotto diversi punti di vista naturalmente un frequente, incoerente cambiamento nella direzione del pensiero. La eccitazione di nuove rappresentazioni non è più data dal contenuto presente della coscienza, invece è dovuta al capriccioso giuoco del caso. Il corso ideativo perde la sua unicità, non conduce metodicamente ad un fine determinato, invece cade senza tregua in nuove strade che poi con la medesima rapidità vengono abbandonate. La causa di tale cambiamento di direzione può essere dovuta a processi interni ed esterni. Ogni impressione è capace di far deviare il processo rappresentativo; esiste appunto per la mancanza di idee conduttrici una straordinaria *deviabilità* del decorso ideativo.

Tra le forme cliniche del disturbo di cui abbiamo parlato, noi ne distinguiamo due principali d'importanza molto diversa. Nella prima si hanno forse immagini finali, ma estremamente fuggitive le quali si avvicendano molto rapidamente. I membri del processo ideativo che si succedono l'un l'altro immediatamente sono ancora di regola in una certa relazione fra loro, sebbene questa non si distingua sempre molto chiaramente: mentre d'altra parte il decorso completo può, a causa di stimoli esterni ed interni, presentare i più svariati e sorprendenti mutamenti di direzione. Per la grande fugacità delle rappresentazioni eccitate si riesce generalmente solo ad avere brevi risposte a domande piuttosto semplici, anche se la facoltà percettiva non è per sè stessa molto disturbata. Quando però si pretende un lavoro ideativo più difficile, allora è di regola impossibile fissare l'infermo per un tempo abbastanza lungo sulla domanda, perchè le rappresentazioni eccitate vengon subito di nuovo scacciate da altre rappresentazioni. Ci sia concesso di dare a questa forma di patologica incoerenza del processo ideativo, a questo gironzare senza scopo del decorso rappresentativo « dal cento al mille » il nome speciale di *fuga delle idee* (1), il quale a dire il vero è usato per lo più in senso più esteso.

Le ragioni per questa restrizione si ritrovano nelle grande importanza clinica di questo segno morboso. Esso è un segno fondamentale della manìa, ma si trova anche in alcuni altri stati di agitazione, e specialmente nella paralisi progressiva. Forse possiamo già trovare nella vita normale un accenno alla mancanza di rappresentazioni finali, quando noi nel dolce far niente lasciamo libero il freno al nostro pensiero, quando sciogliamo i vincoli che lo forzano a « riflettere »

(1) Aschaffenburg, *Psychol. Arbeiten*, IV, 235.

in direzione determinata. Ancora più precisa diviene tale manifestazione nel vero sogno. In tale stato risentiamo in maniera estremamente penosa l'impossibilità a perseguire un pensiero, trattenere una insorgente serie rappresentativa. È perciò che si hanno i numerosi sorprendenti mutamenti nei sogni, i cambiamenti repentini, a salti, del completo contenuto della coscienza. Forse anche questa originalità della nostra coscienza sognante contribuisce a dare ai mutevoli quadri l'impronta di veri avvenimenti; essi sono più indipendenti dal nostro processo ideativo che non altre creazioni della nostra immaginazione.

Può sembrare dubbio se tali fatti siano veramente da porre accanto alla fuga delle idee. Al contrario nella stanchezza non raramente abbiamo a che fare con leggeri gradi di tale disturbo. Anche nella stanchezza noi perdiamo fino ad un certo punto la padronanza sul decorso delle nostre idee. Noi non siamo più capaci di vedere fisso innanzi ai nostri occhi il fine e sorprendiamo sempre più il nostro pensiero deviato nelle più diverse direzioni e dobbiamo sforzarci per ritornare al nostro punto di partenza. Finalmente non ci riesce più di rimanere ancora sul medesimo oggetto, contemporaneamente comprendiamo sempre meno il nostro compito. Un processo molto simile avviene sotto l'influenza dell'alcool. I vaneggiamenti senza scopo dell'ubbriaco sono sufficientemente bene conosciuti. L'ubbriaco non è capace di seguire una spiegazione, e anche nel pensare e nel parlare cambia continuamente, perde sempre nuovamente il filo del discorso anche quando si cerchi di tenerlo al tema riportando ripetutamente il discorso stesso al punto di partenza.

Alla denominazione di fuga delle idee è legata usualmente la rappresentazione di una successione accelerata dei singoli pensieri. Si è parlato addirittura di una precipitazione nella formazione delle rappresentazioni, nella produzione così abbondante di nuove idee, sicchè l'incoerenza sarebbe dovuta alla mancanza di numerosi membri intermediarii che non possono essere pronunciati abbastanza rapidamente. Tale ipotesi si dimostra ad un più esatto esame completamente insostenibile. Prima di tutto la ricchezza rappresentativa del soggetto che presenta la fuga delle idee è tutt'altro che grande, invece questo disturbo lo riscontriamo con una certa frequenza accanto ad una sorprendente povertà ideativa. Inoltre la velocità dei legami rappresentativi non è mai accelerata, ma è al contrario per lo più rallentata. La incoerenza dei malati dipende quindi semplicemente dalla mancanza di quella padronanza unitaria dei legami ideativi che sopprime tutte le immagini secondarie e fa progredire solo in una determinata direzione. Perciò,

in tali casi, possono prevalere ogni specie di rappresentazioni casualmente insorgenti, le quali nella coscienza normale sarebbero impedite dalla azione delle rappresentazioni finali. Quindi non la rapida successione delle rappresentazioni giustifica la denominazione: fuga delle idee, ma la fugacità delle singole idee che non possono acquistare alcuna durevole influenza sul decorso del processo ideativo.

La direzione del decorso ideativo nella fuga delle idee viene determinata nel singolo caso da impressioni esterne, poi da rappresentazioni insorgenti e infine, quando mancano tali interruzioni nel decorso ideativo, dai rapporti di associazione tra i successivi anelli. Per il fatto che nessuna durevole rappresentazione finale regola il legame secondo un piano interno, i più diversi elementi rappresentativi possono far prevalere la loro influenza sulla eccitazione di nuovi processi della coscienza. Così noi conosciamo stati nei quali il legame ideativo sembra che abbia di preferenza come intermediarii alcuni quadri mnemonici sensoriali, come avviene nel sogno, in certi delirii da intossicazione e specialmente nell'ebbrezza da oppio. In tali casi si susseguono e si sviluppano l'una dall'altra variopinte e vive rappresentazioni immaginative liberatesi dalla ferma costruzione delle rappresentazioni astratte. Perciò si ha una lassa serie di pure fantasie senza un intimo legame e senza il controllo della precedente esperienza, una più energica azione della quale nella nostra coscienza farebbe subito riconoscere distintamente le numerose contraddizioni e l'intima falsità delle avventure fantastiche.

Analogo a questa forma delirante della fuga delle idee è il *divagare* dell'ipomania, nel quale stato gli infermi sono deviati sempre da rappresentazioni accessorie, da ricordi, da idee subitanee e si abbandonano facilmente a parentesi, aggiunte ed amplificazioni, si smarriscono continuamente e possono essere riportati al loro oggetto solo per mezzo di continue insistenze. Un esempio di ciò è fornito dal seguente frammento di risposta alla domanda: È ella malata?

« In M. mia madre ha un altro fratello ricco e stimato; egli ha ora la seconda moglie, sì io non sono così come lei dice: i miei fratelli mi hanno sempre ingannata sulla mia proprietà; io sono stata imbrogliata; essi non potevano soffrire mio marito; io sono la maggiore di età ma anche la più bassa. Dal mio dodicesimo anno di età fino ai 48 ho avuto molto da fare, ho avuto la più difficile sorte. Mio marito mi ha fatto fare il pellegrinaggio a Maria eremita, un vero stolto! Se io avessi saputo di venir qui non ci sarei venuta neppure per 2000 Marchi; io voleva andare da Maria eremita; perciò è qui apparso un altare; io desiderava avere le mela e le pera del paradiso; il dottor K. ha mangiato le paste e bevuto il vino dolce. Io ho l'uva nera che è screpolata e caduta; la ho spremuta in un panno di

bucato e poi messa in un vaso di terra, ora è divenuta mosto. Ciò fu di sabato; di domenica si deve mangiare il dolce; di mattina ho fatto la pasta che fu messa al forno dal nostro fornaio S. in K. e non mi ha fatto pagar nulla perchè io compro i panini dal fornaio. Allora il dottor K. ha detto, sua moglie non potrebbe fare così bene la pasta; egli avrebbe così una carogna ecc. »

A volte si manifesta nettamente nelle deviazioni del pensiero l'influenza di certe direzioni del processo ideativo che vengono casualmente eccitate, ma che non conducono ad una rappresentazione finale. Si ha allora l'enumerazione di serie rappresentative simili che vengono interrotte anche da una qualunque associazione secondaria. Aschaffenburg ha citato esempi molto caratteristici di simili fatti in un maniaco che una volta enumerando i suoi conoscenti scrisse 589 nomi l'uno dopo l'altro, un'altra volta egli scrisse 49 nomi di luoghi tra i quali si trovava il seguente gruppo:

Coburgo — Gotha — Eisenach — Gastein — Ems — Mainz (Magonza) — Mayence — Mayonnaise — Hummer (Aragosta) — Stockfisch — Enterisch (Anitra) — Pfan (Pavone) — Truthahn (Gallinaccio) — Erfurt.

Qui si riconosce molto distintamente la disordinata successione di nomi di città interrotta da una altra parola di suono simile, l'origine di una nuova enumerazione di altro contenuto e il rapido ritorno alla prima serie. Il legame che qui unisce è innanzi tutto dovuto al contenuto delle rappresentazioni, apparente per il fatto che nelle note scritte non poteva contribuirvi il suono. Però è accennata una certa influenza dell' assonanza verbale « Coburgo-Gotha » e dell'accordo « Mayence, Mayonnaise ». Ma quanto più nel parlare e nell'udire l'influenza delle rappresentazioni verbali motrici e dei suoni verbali per il corso ideativo si rende evidente, tanto più frequentemente il rapporto sostanziale cede il posto ad un accumulo di associazioni *verbali* dovute alla pratica, ad un abituale legame di parole e infine ad un collegamento di rappresentazioni dovute a semplice somiglianza di suono. Tale disturbo è quello che viene denominato anche in un senso ristretto fuga delle idee; forse esso essendo dovuto agli elementi sostanziali del contenuto delle rappresentazioni potrebbe essere chiamato « interna fuga » delle idee in contrapposto alla « esterna. »

Le condizioni per la produzione di simile disturbo si manifestano sopratutto nei casi nei quali esiste *una accentuazione della eccitabilità motrice*. E appunto questa forma di fuga delle idee suole prodursi sotto l'influenza di fatiche somatiche, di veglie, di fame, oppure dell'ubriachezza da alcool. In tali casi noi riscontriamo specialmente che il filo del decorso ideativo si avvia sempre per strade già praticate e si

avvicendano frasi note nelle quali l'influenza delle rappresentazioni verbali prevale in modo notevole sopra l'influenza del contenuto ideativo. In stati patologici può il diluvio di parole, per così dire, trasportare con sè completamente il corso ideativo. Una malata mostrando un chiodo fisso nel muro cominciò a dire: « Il chiodo al muro » poi continuò: « ascolta la sua propria vergogna ». (1)

Assonanze, rime, citazioni soffocano in tali casi sempre più, fra le singole rappresentazioni, tutti i legami di altro genere. Un esempio di questa completa distruzione del legame del contenuto ideativo offre il seguente scritto di un maniaco:

Flusso — Muso — Fuso — Schnapp — Schnipp — Schnapp — .... Acqua— Apollinaris ... Abele — Babele — Babilonia — ... Nicea — Costanza — Rogo — Huss.

In alcuni punti (Acqua, — Apollinaris, — Nicea, — Costanza — Rogo — Huss), si riconosce ancora una intima relazione tra le rappresentazioni insorgenti. Per lo più però sono le assonanze che determinano l'associazione almeno quando è ancora riconoscibile un legame. Essendo stata esposta la serie delle parole in un tempo piuttosto lungo può darsi che qualche legame non sia stato detto. Di fronte alla vera fuga delle idee desidereremmo, come seconda forma di rilassatezza dei processi ideativi, ammettere *il disordine* caratteristico, inteso in senso lato, della dementia precox. Per il fatto che non sappiamo ancora nulla delle basi fondamentali di questo disturbo, è molto difficile caratterizzare più esattamente la sua essenza. Noi riscontriamo in tale disturbo, accanto ad una forma esteriormente ben mantenuta del decorso ideativo, una perdita più o meno completa degli interni ed esterni legami delle rappresentazioni. Il decorso delle idee non ci presenta alcun filo di « Arianna » come avviene nella interna fuga delle idee, invece le più diverse rappresentazioni si succedono senza scopo e disordinatamente. Nel primo caso potevamo trovare tra i singoli anelli della serie rappresentativa una relazione, sebbene di natura molto superficiale, per mezzo della quale eravamo condotti gradualmente ad un'altra serie di pensieri, fino a perdere completamente di vista il punto di partenza. Nel secondo caso invece non si possono mai riconoscere anelli di congiunzione tra le rappresentazioni susseguentisi, per quanto il corso ideativo si aggiri per lungo tempo su frasi rassomiglianti, ma in generale in forma oscura e contradditoria. Mentre nella fuga

(1) Il proverbio tedesco suona invece: Colui che ascolta al muro sente la propria vergogna. *(N. d. T.)*.

delle idee il decorso rappresentativo volge a scopi sempre varianti e perciò mai raggiunti tracciando sempre nuovi giri, nel caso presente il processo ideativo non progredisce verso alcuna direzione, invece vaga senza scopo per le medesime strade generali con numerose e sorprendenti deviazioni. La deviabilità per mezzo di influenze interne ed esterne è anche in questi casi molto grande, ma le nuove rappresentazioni risvegliate non servono immediatamente quali legami per altre, ma si introducono semplicemente senza alcuna relazione nel disordinato corso del pensiero. Bene spesso è possibile senza difficoltà ottenere nella confusione dell'idee una serie di risposte completamente ordinate per mezzo di successive domande. Il seguente documento di una catatonica può servire meglio a spiegare questa caratteristica; tra parentesi sono messe le domande del medico.

(Perchè si trova Ella qui?) « Perchè sono imperatrice. I miei cari genitori, erano già qui, e tutto era già qui e mi hanno dato il permesso; io ho anche imparato a stenografare. Eh, David come và? Delirio di grandezza. Imperatrice. » (Le piace star qui?) « O, grazie, abbastanza, perchè il padrone ha dato il permesso, sì noi vogliamo essere di nuovo i migliori amici. Oh Dio, mio fratello Carlo Davide il primo ed Olga Mühlhausen. Ah, lasciatemi dunque scrivere ancora. » (Perchè si trova Lei qui? « Pazzo, delirio di grandezza. » (Che cosa?) « Vecchia botte, di Heidelberg, studioso come mercante, per il nostro Guglielmino, potrebbe essere pure mercante. Ah! sì, continuo, io non voglio aver colpa, io non ho provocato nessuno; o Dio, di sera, quando eravamo soli, sì. » (Che cosa era allora?) « Nulla, nulla affatto. Heilbron (Ride) Nulla. Per Dio proprio così si prende tutto. Ah sì. » (Quanti anni ha Lei?) « 22. VII. 1872, » (Vuole Ella andar via?) « Io non lo so; se egli viene io sono qui; io non correrò appresso a lui. (Ride). Io debbo sempre rosicchiare. (Arruota i denti). Voi mi potete ancora una volta accarezzare le guancie; io non ho nulla in contrario (Prende la catena dell'orologio del medico). Però la catena è niente. Ora io voglio ancora una volta vedere l'orologio. Io mi voglio prendere la libertà, tra parenti tutto è permesso. Adamo ed Eva, oh! questa però non è d'oro. Ciò che io ho detto, sarebbe tutto vero tutto, quello che appartiene alla parentela; io ho detto dalla a fino alla zeta; io non posso mangiare tutto in una volta; quella non aveva colpa, io voglio avere tutta la colpa » ecc.

La deviazione in seguito ad apostrofi, a suoni, ad impressioni visive, si può qui facilmente seguire. È appena accennata una ripetizione di singole frasi; tale fatto risalta maggiormente nel seguente esempio preso da un lungo scritto di un catatonico.

« Quando và via Lei, giunge la moglie del mercante e dice, che essa è ricca: allora essa dice io sarei la *vite;* allora essa va e *prega* la vite. Col verbo *pregare i cattolici* intendono « orare » (Oren). Però la *donna* non agisce in *coscienza* di una azione veramente *cosciente.* Essi hanno in sè il tempo di valtzer; essi sentono (Hören) e non sentono, perchè tutto è mischiato; l'uno parla francese l'altro latino. Io sono riguardato in tutto Heidelberg, come un grande peccatore, ma non,

sono tale, quale mi crede la chiesa cattolica. Ella mi stima per troppo ideale. La si gnora che è fuggita per l'America sulla nave affondata ha preso il *ferro* e il colore con una *stretta di mano*; ma non con una *sanguinosa stretta di mano*, con il sangue pulsante, ma con una *ferrea stretta di mano*. La mia forza dipende dal ferro » ecc.

In tutto il discorso circa otto volte più lungo, ritornavano in simile guisa un' infinità di volte le espressioni, ferro, oro, acciaio, ottone, fosforo, argento, danaro, elettricità, forza, termometro, articolazione della mano, verde-mare, pianta nel vaso, radice, religione, ed alcune altre, ma non direttamente l'una dopo l'altra sibbene in diversissimi posti. Le frasi pronunciate lentamente sembravano dapprincipio che avessero un certo senso; solo ad un esame più esatto si comprendeva nettamente tutto il disordine.

L'associarsi di rappresentazioni dipendenti dal suono risulta qui minore che nella fuga delle idee. Non raramente però si può dimostrare l'influenza sul decorso ideativo del suono verbale sotto forma di « giuoco di parole ». Si tratta qui di sdoppiamenti forzatamente spiritosi e di contorcimenti di singole parole e di singole frasi. Queste associazioni di suono non mostrano però qui solo il semplice passaggio da una rappresentazione ad un altra, invece sono variazioni ricercate di semplici frasi, e quindi sono da considerarsi come emanazione di quel disturbo che noi più tardi impareremo a conoscere sotto il nome di manierismo. Così una malata cantava per delle ore: « L'ingratitudine è la lode del mondo » (invece di dire l'ingratitudine è la paga del mondo usando Lob, lode, per Lohn, paga). Un altro malato diceva... formaggio di Büh (Brïche, brodo, parola usata invece di Brye) quando aveva ricevuto brodo e formaggio; chiedeva un' insalata di aringhe contro la sua « catertonia », diceva di non essere malato di catatonia ma di miezetonia. (1)

Lo stesso malato quando una volta udì dire: Doucer, rispose che non erano ancora le 12 (Douze heures) come anche senza alcun rapporto di assonanza vocale faceva dello spirito dicendo: « forse Lei è Moltke? Dico così perchè tace. » (2)

Altra volta disse: « io sono qui da circa due volte nove mesi, mi man-

(1) Tale giuoco di parole chiaro in tedesco ha bisogno di spiegazione. Le aringhe si mangiano in Germania contro il Kater cioè lo stato che segue all'ubbriachezza. Si dice pure in tedesco Katzerjammer per indicare lo stato di malessere dopo l'ubbriachezza. Kater, (gatto) è il maschile di Katze gatta, Katze può dirsi in tedesco anche Mieze, quindi da catatonia catetornia, da catetornia miezetonia. *(N. d. T.)*

(2) I Tedeschi danno a Moltke il nome di grande taciturno. *(N. d. T.)*

dino in una clinica ostetrica che potrò finalmente partorire ». Questi discorsi ricordano « la mania del motteggio » riscontrata nei tumori del cervello. Altri infermi si compiacciono di associazioni ideative caratteristicamente sorprendenti. Un'inferma che per lo più era completamente lucida ed assennata disse una volta: « ella ha lassù un genuino bottone da camicia che si può solamente mettere in opera da me. Lo spirito del furiere è spirito da canaglia. Non è rotondo a girarsi nello spirito di casta. Io ho bastato per sei anni al dovere coniugale. Ella tira fuori i bambini dalla bocca. »

Anche nel disordine può il suono e il ritmo dominare completamente le manifestazioni dell'infermo; ciò avviene nell'aumentata agitazione. Del resto il fenomeno ha un'impronta differente da quello della mania.

Infine le manifestazioni verbali dei malati possono succedersi con una serie di sillabe, di lettere, di suoni. Mentre però nelle più gravi forme della fuga delle idee la catena delle assonanze lascia riconoscere un progressivo cambiamento e ancora la maggioranza delle espressioni verbali pronunciate si manifestano con vere parole, nel caso presente si ha una ripetizione completamente priva di senso dei medesimi elementi con piccolissimi cambiamenti come giuochi di suono, come si può mettere in evidenza nel seguente esempio:

« ellio, ellio, ellio, altomellio, altomellio — selo, elvo, delvo, elvo — f, f, f, caro padre, caro padre, — f, f, f — caro padre — e, e, f — vecchio e nuovo — f, f — f, f, f, — chiesa cattolica — w, e, f, » e così innumerevoli volte con ripetizione uniforme.

Il processo ideativo non conduce in tali casi per mezzo del suono verbale a nuove rappresentazioni, invece esso rimane attaccato fortemente al suono verbale stesso senza che si manifesti nessuna rappresentazione concreta concomitante. Le rime prive di senso sono special mente caratteristiche.

La conseguenza comune di tutti i disturbi che rallentano o distruggono la intima relazione tra le idee, è l'insorgere di un sintoma molto frequente, *la confusione*. Il modo di origine di tale manifestazione è come abbiamo già dimostrato svariatissimo. Nei casi nei quali l'insorgere sorprendente di innumerevoli nuove serie ideative che sono tra loro in legami molto lassi può condurre, come sembra, ad una « *confusione combinata* », noi siamo presi da vertigine, perchè non siamo capaci di ordinare e di abbracciare con lo sguardo le rappresentazioni subitaneamente insorgenti. Questa forma di confusione si riscontra in quegli stati morbosi, nel successivo decorso dei quali le im-

magini rapidamente insorte vengono elaborate fino ad una costruzione delirante permanente, similmente come anche noi dobbiamo elaborare gradualmente nel nostro circolo ideativo una nuova idea che dapprincipio ci confonde finchè non si ristabilisce la intima unicità e il legame tra le nostre idee. Un infermo chiamava questo assalto sbalorditorio di idee e di congetture una vera « battaglia degli Unni nella psiche ». Inoltre l'insorgere di innumerevoli disturbi psico-sensoriali è spesso considerato quale causa di una confusione *allucinatoria*, similmente come nei normali si perde l'orientamento se si vien trasportati tutto ad un tratto in un inestricabile miscuglio di nuove, enigmatiche impressioni sensoriali. Però noi vediamo che nei vecchi allucinati può esistere un completo ordinamento delle idee malgrado possano riscontrarsi numerosi disturbi psico-sensoriali.

Anche l'arresto psichico che rende più difficile la percezione e l'elaborazione psichica delle impressioni esterne, sembra che sia capace di produrre una caratteristica forma di confusione, che noi indichiamo ottimamente col nome di confusione « *stuporosa* ». Vero è che spesso in tali casi si tratta indubbiamente dell'associazione dello stupore con la fuga delle idee. Infine una parte molto importante per la produzione delle diverse forme della confusione è data dalle emozioni. La osservazione dei normali ci indica già la grandissima influenza che hanno sui legami ideativi le emozioni; dalle più leggere sensazioni di soggezione e di timidezza fino alle più gravi oscillazioni sentimentali della paura, della collera, della disperazione. Negli stati morbosi, per le scosse violenti dell'equilibrio psichico, questa influenza è naturalmente senza paragone più potente sicchè verosimilmente noi abbiamo assai spesso a che fare con arresti e disturbi dei legami ideativi dovuti alle emozioni. Nei singoli casi però noi non possiamo oggi analizzare l'essenza e l'insorgere di simili manifestazioni.

Disturbi della immaginazione. — Il tesoro delle esperienze precedentemente acquistate raggiunge per noi il suo completo valore quando siamo capaci di portare spontaneamente le rappresentazioni e i ricordi nel punto di mira della coscienza e di collegarle l'una all'altra nella maniera più varia. Tale capacità che racchiude in sè stessa tutta una serie di azioni, noi dobbiamo denominarla per ora *immaginazione*. Essa implica naturalmente da una parte l'esistenza di tracce di precedenti processi psichici in grado di poter essere rinnovate; ma dall'altra parte essa ci rende capaci di comporre, con i resti di semplici ricordi, nuovi quadri psichici, di sollevarci al disopra dell' esperienze sensoriali e di eseguire un lavoro psichico originale. Così la immaginazione sensoriale forma la base delle produzioni dei pittori e dei musicisti, come

pure il lavoro degli inventori e degli esploratori e i processi ideativi dei filosofi hanno il loro punto di partenza dalla associazione volontaria di elementi sperimentale che erano stati separatamente acquistati.

La libera disposizione delle assopite rappresentazioni, come anche il potere di riannodarli, possono essere resi considerevolmente più difficili in stati patologici. Ciò avviene sopratutto nei casi di paralisi psichica, come si osserva in grado più leggero anche nella semplice stanchezza, di poi nella intossicazione per narcotici, specialmente però nella grave demenza della paralisi progressiva, della pazzia senile e di altre malattie cerebrali. In questi ultimi disturbi l'esaurimento della immaginazione va unito regolarmente ad una diminuzione della capacità mnemonica; le rappresentazioni non solo non sono più a disposizione, ma in un largo gruppo di rappresentazioni sono completamente perdute. Dove questa perdita è meno estesa, come avviene in generale nella demenza epilettica, si sviluppa un semplice *ritardo*. Gli infermi sono ancora capaci di disporre del loro tesoro rappresentativo, ma essi abbisognano per far ciò di un tempo sproporzionatamente lungo e di un vivo eccitamento.

Il ritardo è esteriormente simile *all'arresto del pensiero* che noi riscontriamo specialmente negli stati depressivi e in certi stati misti della follia maniaco-depressiva; spesso si può riscontrare l'arresto del pensiero in alcuni stati crepuscolari isterici ed epilettici. Mentre nel ritardo si tratta di un rallentamento permanente e di imbarazzo nelle manifestazioni psichiche, nell'arresto del pensiero noi abbiamo a che fare con una passeggera difficoltà dovuta a forti resistenze. Esso è regolarmente accompagnato da cangiamenti nel tono affettivo, la importanza dei quali per l'attività delle immaginazioni è da noi conosciuta già nella vita normale. La elaborazione delle impressioni esterne è resa più difficile in alcuni casi fino alla completa impossibilità, perchè manca la risonanza di quadri mnemonici rapidamente insorgenti; gl' infermi non possono ricordarsi di nulla, non trovano i legami con avvenimenti antecedenti e a volte non sanno più dire i nomi dei loro parenti più prossimi. Nella loro mente non insorge mai alcun pensiero, i loro pensieri sembrano completamente arrestati. Tali infermi possono fare l'impressione di completi imbecilli. Però tale disturbo viene indicato come arresto perchè può in determinate condizioni sparire quasi subitaneamente. Inoltre i malati stessi hanno distinta coscienza della resistenza che essi debbono combattere. Non manca loro la vivacità mentale, non sono stupidi e indifferenti come i dementi, ma non possono malgrado i più grandi sforzi vincere i legami e la prigionia della loro capacità a pensare.

Molto diversamente avviene nel caso della morbosa *mancanza d'interessamento,* che è caratteristica di quelle forme che noi riuniamo sotto il nome di dementia praecox. In tali casi l'agilità psichica non è in sè stessa essenzialmente impedita, manca però più o meno completamente il movente per un lavoro ideativo. In seguito a determinate eccitazioni gl'infermi sono capaci di risvegliare senza difficoltà qualunque idea, però essi non sono spinti spontaneamente al lavoro psichico, non si rendon conto di ciò che avviene entro di loro, non riflettono, non si fanno alcuna idea dell'avvenire. Per il fatto che in tal modo sempre più si arresta la vita psichica e che viene a mancare il rinnovellamento di antiche rappresentazioni, si produce gradualmente anche un raggrinzamento del tesoro dell'esperienza, una specie di atrofia da mancato uso. Ci possiamo però non raramente convincere che in questi infermi, al contrario di ciò che avviene nei paralitici, insorge a volte una quantità di rappresentazioni maggiore di quel che non avessimo potuto supporre, vista la loro mancanza completa di ideazione. Da ciò risulta che si tratta sopratutto della perdita della vivacità psichica.

Le patologiche eccitazioni immaginative si lasciano riconoscere sopratutto per la speciale vivacità delle rappresentazioni che a volte possono raggiungere l'intensità di sensazioni. Noi vediamo ciò innanzi tutto negli stati deliranti più diversi; e allora si uniscono regolarmente disturbi pronunciati della percezione. Se si vuole, si possono mettere anche in questa categoria alcuni stati ansiosi dei malinconici, dei circolari, dei psicopatici, nei quali stati gl'infermi si figurano i loro timori con precisione e dettagli estremi. In tal caso si tratta probabilmente di una eccitazione molto simile della forza immaginativa, come noi riscontriamo nei soggetti normali nelle emozioni corrispondenti.

Ancora è dubbio se negli stati di eccitamento maniaco, paralitico o catatonico abbiamo a che fare con un aumento della forza immaginativa. Tutto al più ciò potrebbe ammettersi nella mania, però in tale stato la vera ricchezza ideativa è difficilmente aumentata, invece è sufficientemente spesso diminuita. È bensì vero che alcuni malati affermano che in tali stati avevano un vero affollamento di pensieri, e anche in alcuni stati di depressione circolare noi sentiamo a volte tale dichiarazione malgrado un pronunciato arresto esterno. Alcune ragioni però parlano più per una maggiore e aumentata facilità di distrazione e superficialità dei processi interni che per una aumentata produzione di rappresentazioni.

Una permanente prevalenza della facoltà immaginativa sopra la fredda elaborazione delle osservazioni si riscontra in un grande gruppo

di personalità psicopatiche. A questo gruppo appartengono in primo luogo i morbosi inventori e gli avventurieri i quali seguendo progetti stravaganti perdono completamente il terreno sicuro della realtà, hanno innanzi agli occhi solo il successo e non vedono mai le difficoltà e l'insufficienza dei loro mezzi. Analoghi a questi sono i sognatori che si immergono usualmente in condizioni di vita immaginaria e se le figurano nei più fini dettagli. Finalmente sono da ricordare come appartenenti a tali casi i mentitori e gli imbroglioni che trovano la loro maggiore soddisfazione nelle svariate chimere della loro affaccendata immaginazione e vengon spinti perciò a sempre nuove e audaci invenzioni e abbellimenti, sicchè si ha un' inesplicabile mescolanza di verità e di finzione (1).

La grande vivacità delle rappresentazioni immaginative va unita generalmente con una influenzabilità da parte del mondo ideativo per cause esterne od interne, perchè essa suole essere l'espressione di una vivacità aumentata delle manifestazioni psichiche. Nel campo normale si manifesta ciò nella vita psichica del bambino e della donna. La suggestibilità patologica e la auto-suggestibilità è una manifestazione concomitante di molti stati psicopatici, specialmente della predisposizione isterica. Essa si manifesta in tali casi non solo per la accessibilità del pensiero e del sentimento alle impressioni ed alle persuasioni vivaci nel dominio che acquistano immagini insorgenti spontaneamente, ma specialmente per la comparsa di manifestazioni somatiche diverse che seguono all'emozioni.

Disturbi del giudizio e della critica. — Le più elevate e le più complicate manifestazioni del campo intellettivo sono il giudizio e la deduzione. Per il fatto che tali manifestazioni si basano sul lavoro precedente della percezione, della memoria, della formazione e dell'associazione di rappresentazioni, è naturale che ogni nocumento di ciascuno di tali processi deve regolarmente in modo più o meno duraturo implicare nel medesimo danno il risultato finale del lavoro psichico che si manifesta con il giudizio e le conclusioni. Lasciando da parte ciò, anche la stessa elaborazione razionale delle rappresentazioni può soggiacere a certi disturbi patologici che divengono regolarmente molto gravi per la intera vita psichica.

In due strade sopratutto si manifesta l'intelligenza umana, con le dirette associazioni dell'esperienza e con la libera originale invenzione.

---

(1) Delbrück, *Die pathologische Lüge und die psychisch-abnormen Schwindler'* 1891.

Vero è che queste due strade corrono spesso l'una vicino all'altra. Anche la più severa scienza sperimentale non può liberarsi totalmente dall'influenza di vedute e ipotesi preesistenti, e d'altra parte l'immaginazione anche nelle sue creazioni più indipendenti lavora sempre con elementi singoli che originariamente provengono dall'osservazione. La storia dello sviluppo intellettivo nell'individuo come nell'umanità ci mostra però che accrescendosi la maturità, quelle cognizioni che offrono una fedele copia del mondo, si distinguono sempre più marcatamente da quelle che risultano dalla libera trasformazione dell'osservazione. Le prime formano il contenuto del nostro *sapere*, le ultime quello della nostra *fede* in quanto esse vengono considerate completamente quale specchio della verità. Come ci insegna la psicologia dei popoli queste due differenti fonti di conoscenza mostrano una origine essenzialmente equivalente. I popoli primitivi ritengono le loro tradizioni inventate e adornate liberamente così letteralmente vere e autentiche, come le osservazioni dei loro sensi. Anche nei fanciulli noi possiamo a volte nettamente osservare la imperfetta divisione tra le cose avvenute e quelle inventate. In seguito però la sopra accennata divisione si fa sempre maggiore, specialmente in quelle sfere nelle quali è possibile una continua e sicura correzione della conoscenza per osservazioni sempre nuove. Anche qui del resto possono avvenire deviazioni tra la verità e la supposizione, che dipendono dalla naturale imperfezione del nostro potere di percezione e delle nostre abitudini di pensiero, o da casuali processi difettivi. Tali deviazioni noi chiamiamo *errori*. Essi vengono combattuti con l'arme della osservazione e della riflessione logica. Il loro dominio è fondato sull'intensità di erronee percezioni o di erronei processi ideativi; quando tale potenza viene scossa, i processi erronei che ne costituiscono il fondamento vengon scoperti, ed allora l'errore cade da sè stesso.

Invece la grandissima sfera del nostro sapere sulla quale la osservazione non può darci alcun risultato o solamente risultati incerti e contestabili, rimane riservata alla fede la quale la riempie delle sue creazioni. La completa animazione ed umanizzazione della natura esterna cede solo lentamente alla attenta interpretazione delle scienze sperimentali; essa si riscontra ancora oggi nei popoli primitivi, nei bambini, e anche nelle diverse superstizioni delle popolazioni non progredite. Solamente mentre una parte di tali credenze forma solo il primo grado del sapere e viene abbandonata volontieri per acquistare la sicurezza dovuta all'osservazione, altre massime della fede hanno un potere che non può essere scosso da nessuna scienza, da nessuna di-

mostrazione che provenga dal di fuori. Queste sono quelle verità che « ci provengono dal cuore », che noi « abbiamo succhiate con il latte materno ». In tali casi si tratta di cognizioni, la influenza delle quali sul nostro pensiero non risiede in uno speciale fondamento dovuto all'osservazione, ma essenzialmente nei loro profondi *rapporti sentimentali* con la nostra completa personalità. Fino ad un certo grado avviene ciò per ogni dottrina per la quale noi combattiamo e che perciò amiamo; ma esistono anche determinati campi nei quali le opinioni fissate con la tradizione, l'educazione e le abitudini assumono un altissimo valore sentimentale, e con questo una estrema capacità di resistenza contro le influenze sperimentali. È più facile che l'osservazione prenda da esse il colore, di quello che esse possano essere trasformate dall'osservazione; esse acquistano perciò spesso la qualità di « preconcetto ».

Fatto comune a tutte queste convinzioni radicate nell'animo è l'intimo rapporto con i *generali interessi della vita*. Il sentimento della continua dipendenza, nel senso buono e cattivo, da tutte le forze e potenze che lo circondano, spinge l'uomo primitivo a rappresentarsi liberamente in rapporto col sole, col fulmine e col tuono, con la terra e col mare, con gli animali e con le piante; il terreno nutritivo della superstizione è formato dalla incertezza e dalla mancanza di libertà di fronte a tutto ciò che è oscuro, inesplicabile, misterioso, sia che minacci pericolo o che prometta felicità. Dappertutto riconosciamo in tali casi distintamente, nella stretta divisione tra la bontà e la malvagità, tra l'ostilità e l'amicizia, la decisiva parte che hanno i sentimenti nell'invenzione. Così appunto si spiega la straordinaria tenacità di quelle tradizioni che propagandosi attraverso inumerevoli generazioni, malgrado esse siano insensate, mantengono evidentemente spesso nel cuore del popolo la loro antichissima autenticità.

L'uomo primitivo e il bambino sono aiutati nella spiegazione del mondo esterno dalle volontarie conclusioni analogiche. I concetti acquistati in tal modo posseggono per noi fin dall'inizio, come ha dimostrato esaurientemente Friedmann (1), uno stesso e forse un maggior grado di certezza che non l'osservazione saggiata con tutti i mezzi scientifici. Una idea qualsiasi, una correlazione sia pure essa lontana o del tutto esterna, viene senz' altro accettata quale manifestazione di verità e mantenuta malgrado le più grandi contraddizioni interne. Così ad esempio si crede che con una ciocca di capelli di un uomo intelligente si può avere la sua intelligenza; si uccide un nemico distruggendo il suo ritratto; la malattia e la morte vengono e spariscono per incantesimo,

(1) Friedmann, *Über den Wahn.* 1894; *Monatsschr. f. Psych.*, I, 455.

l'onnisciente e l'onnipotente feticcio è tenuto nascosto perchè non sia testimone di una azione proibita. Il pensiero originario vien quindi guidato solo dalla paura e dalla speranza, dal desiderio e dall'attesa; non conosce il movente di ogni più elevato sviluppo psichico: *il dubbio.* Come noi oggi vediamo il profano non disturbato da alcuna conoscenza positiva giudicare con piena fiducia, ma erroneamente, le questioni più difficili; così le opinioni dei popoli primitivi sono accompagnate da un immediato senso di sicurezza. Al posto di questa semplice certezza della fede viene solo dopo un lungo spinoso cammino intellettivo la sicurezza della scienza, la quale però non vince quasi mai completamente il suo compagno inseparabile, il dubbio.

Anche in noi fluiscono con sufficiente abbondanza le idee spontaneamente stabilitesi, che non risultano da una elaborazione psichica. Da esse sorge innanzi tutto la *superstizione,* la parentela della quale con le ipotesi dei popoli primitivi non ha bisogno di prove. Oltre a ciò hanno origine da esse, anche nell'uomo sviluppato e istruito, le convinzioni politiche e religiose, la base più essenziale delle quali è sopratutto la fede, benchè forse singolarmente la osservazione elaborata psichicamente possa spesso influire sul contenuto. Sono i bisogni sentimentali i quali determinano la posizione dell'uomo di fronte a potenze più alte e alla società. Da ciò si spiega la esigua accessibilità di tali convinzioni di fronte ad obbiezioni e a dimostrazioni, la passionalità con la quale per esse si combatte, e il loro simile colorito in certi paesi, contrade e classi, mentre noi riscontriamo ciò difficilmente nelle convinzioni semplicemente psichiche.

Tali conclusioni sono forse sufficienti per farci fino ad un certo grado comprendere quell'originalissimo e importantissimo processo morboso che noi indichiamo col nome di *delirio.* Le idee deliranti sono rappresentazioni patologicamente alterate le quali non sono accessibili alla correzione per mezzo di argomentazioni. Questa caratteristica indica direttamente che le idee deliranti non provengono dall'esperienza o dalla riflessione, bensì dalla fede. Del resto esse non raramente si collegano alla vera percezione o a disturbi psico-sensoriali. Nell'ultimo caso il loro insorgere è dovuto a stati interni sufficientemente evidenti malgrado che la allucinazione sia localizzata all'esterno. Ma anche quando la idea delirante ha un fondamento sensoriale, la sua vera fonte è sempre la interpretazione morbosa proveniente dalla propria immaginazione. Anche nella vita normale siamo spesso tentati di collegare conclusioni probabili troppo estese ad insignificanti ed equivoci fatti concreti, oppure di supporre senza sufficiente motivo causali relazioni

tra avvenimenti che coincidono casualmente. In condizioni morbose però può acquistare una forza irresistibile la convinzione che esista una relazione tra i fatti, là dove le rappresentazioni sono in relazione tra di loro; la presunzione di un legame *concreto* delle manifestazioni sulla base di un legame *psicologico* facilmente annodato. Il processo esterno più innocente può divenire il profondo simbolo di avvenimenti celati; nei fatti più semplici vien supposto e scrutato un oscuro e lontano significato. Il volo di un uccello è avviso pieno di promesse per il futuro; una mossa casualmente osservata avverte di un pericolo minacciante; il rinvenimento di alcune castagne dà l'assicurazione del futuro dominio del mondo.

L'insorgere del delirio da stati interni si dimostra anche per il fatto che esso sta in intima relazione con *l'io dell'infermo*. Il gruppo di rappresentazioni che costituisce la propria personalità, cioè la coscienza di sè, forma già in circostanze abituali il centro del nostro pensiero e delle nostre sensazioni; perciò le immagini deliranti si annodano giustamente a questo nucleo e tendono la rete di misteriosi rapporti e di volontarie relazioni in immediato legame con il proprio bene e male. La produzione di idee deliranti è perciò sempre accompagnata da sentimenti più o meno vivaci, i quali solo con il progredire della demenza vanno gradatamente impallidendo. Non esistono idee deliranti che siano fin da principio indifferenti all'infermo, invece esse sono, almeno all'inizio, sempre strettamente legate con la personalità, con il tono sentimentale, con la posizione dell'infermo nell'ambiente stesso.

Da simili condizioni originarie della idea delirante possiamo presso a poco spiegarci la sua qualità più importante, cioè la sua *capacità di resistenza* contro tutte le argomentazioni anche le più convincenti. Per il fatto che essa non è radicata nella esperienza, può venir scossa dalle osservazioni solo quando non è più un delirio, ma soltanto un ricordo, una conseguenza di essa nel periodo di guarigione. Nell'acume della malattia l'idea delirante è sostenuta da influenze che sono molto più potenti di qualunque sapienza psichica. « Io non voglio più pensarlo » mi disse una inferma che si lamentava perchè credeva che suo marito e i suoi figli erano stati gettati in acqua, « ma mi riviene tutto ad un tratto in testa ».

Vediamo perciò che il delirio viene mantenuto fermamente e regolarmente malgrado le obbiezioni più plausibili ed evidenti, fin tanto che le sue interne cause originarie hanno efficacia. Quando un'idea delirante viene abbandonata o sostituita da un'altra non è dovuto ciò al risultato delle nostre argomentazioni o alla importanza dei fatti,

sibbene da un cambiamento dello stato psichico. Mettendo l'infermo alle strette possiamo forse ottenere, in modo passeggero e per quanto riguarda fatti accessorii, alcune concessioni, ma la superficialità di una simile conversione si mostra regolarmente col fatto che il bisogno di delirare ritorna di nuovo molto presto, spesso nelle antiche, spesso sotto nuove forme. Ugualmente in quei casi nei quali gl'infermi pongono in relazione le loro idee deliranti con vere percezioni, si mantengono immutate le morbose reazioni anche se il loro sostegno sperimentale crolla in seguito. Se si convince il malato che le sue percezioni erano false, *ciò che a volte può avvenire,* allora egli ha subito per le mani altre prove, sia anche solo la semplice affermazione che egli sia sicuro del suo fatto. « Appunto quà dentro io sento che ciò è cosi », mi disse una volta indicandomi il suo cuore un infermo che trovava predetto tutto il suo destino nel libro dei cantici; ed alla mia obbiezione che anche io poteva immaginarmi la stessa cosa, egli rispose: « Ella però non lo sente! »

Da tutte queste considerazioni noi siamo indotti a credere che il delirio venga favorito in prima linea dall'insorgere di vivaci eccitamenti sentimentali. Infatti sappiamo che anche nella vita normale i sentimenti sono gli ostacoli più pericolosi per la conoscenza positiva. Sotto l'influenza della collera, della paura, dell'entusiasmo, sono mescolate insieme considerazioni di cose sbagliate, timori, speranze, cose tutte che non hanno più niente di comune con la semplice osservazione. Ma anche le più leggere oscillazioni del tono sentimentale, i sentimenti di tristezza, di aspettazione, di angoscia, di sfiducia, di desiderio, danno determinato colore al miraggio della verità. Perciò non ci meraviglieremo se negli stati patologici gli eccitamenti sentimentali più vivaci sono accompagnati con grandissima frequenza da delirii. Specialmente i sentimenti tristi e angosciosi sogliono esercitare, come nell'uomo normale, una grande influenza sopra la falsificazione delle rappresentazioni e dei processi ideativi.

Le condizioni originarie delle idee deliranti non possono però ancora essere esaurite. Fino a quando noi siamo in grado di giudicare, i sentimenti del delirio non sono di una cosi grande forza da rendere essi solamente spiegabile il processo. Innanzi tutto si può osservare in stati deliranti, per esempio nel delirio degli alcoolisti, una straordinaria abbondanza di delirii senza che le oscillazioni del tono sentimentale oltrepassino i confini di una certa allegria o di una secreta angoscia. Verosimilmente in tali casi l'infermo non può separare gli avvenimenti deliranti dalla realtà, solo saremmo in errore se noi volessimo rendere

responsabile la vivacità dei disturbi psico-sensoriali dell'insorgere delle rappresentazioni deliranti. L'osservazione che gli infermi accettano le allucinazioni più insensate senza profonda meraviglia od almeno senza una decisa opposizione, mentre nel giorno successivo essi non hanno più il minimo dubbio sulla falsità di ciò che è avvenuto, indica che in tal caso il completo stato della coscienza deve aver subito un cambiamento durante la malattia, cambiamento che rendeva impossibile la correzione dei delirii. Noi ricordiamo qui l'esempio del sogno. Nel sogno non si hanno certamente forti sentimenti e non è solo la vivacità delle rappresentazioni che induce una percezione delirante del nostro stato; invece si ha l'incapacità a scoprire e correggere quelle contraddizioni che svegliandoci comprendiamo subito chiaramente. Se ci succedessero realmente simili pazzie come avviene nel delirio o nel sogno, comprenderemmo subito trattarsi di una burla. Anche nel sogno si ha a volte la contraddizione, ma nello stesso tempo sentiamo distintamente esserci impossibile comprenderla con piena chiarezza. Senza dubbio perciò negli stati deliranti l'*offuscamento della coscienza* è una condizione essenziale preesistente per poter avere il caratteristico delirio, anche se la contemporanea vivacità dei disturbi psico-sensoriali e delle immagini offre abbondante materia.

Finalmente deve ricordarsi che anche nella paralisi progressiva, nella demenza senile, nella dementia praecox possono comparire delirii nei quali non hanno una parte essenziale nè i sentimenti nè gravi offuscamenti della coscienza. Evidentemente i delirii in queste malattie presentano molti tratti comuni. È perciò facile supporre che la *debolezza psichica* che in tali casi è sopratutto sviluppata, favorisca specialmente la produzione delle idee deliranti. Del resto noi riscontriamo molti stati di debolezza mentale senza delirii. La debolezza psichica originaria mostra solo una minima tendenza allo sviluppo di idee deliranti, ed ugualmente numerosi casi di paralisi progressiva, di dementia praecox, di demenza senile decorrono senza simili manifestazioni. La vera causa per l'insorgere di idee deliranti può quindi dipendere non dalla debolezza psichica in sè, bensì solo risiedere sopra concomitanti stati di eccitamento i quali fanno insorgere nell'intimo dell'infermo idee deliranti. È in realtà non difficile determinare come la produzione dei delirii avvenga quasi sempre nei periodi di eccitazione o di depressione. L'importanza di queste oscillazioni emotive è più distinta in quei casi nei quali appunto episodicamente si presentano le idee deliranti; in tali casi queste si vedranno sempre accompagnate da eccitazione emotiva più o meno pronunciata.

Congetture paurose, presentimenti di natura superstiziosa, castelli in aria e sogni sull'avvenire sono anche nei normali frequenti manifestazioni, ma esse non raggiungono mai una grande potenza; e con la riflessione scompaiono rapidamente come sono venute. Negli infermi invece portano spesso con sè fino dall'inizio non solo l'effige di una incrollabile certezza, ma si stabiliscono durevolmente senza che siano accessibili ad una correzione, e anche senza che si risvegli il desiderio di esaminarle e giustificarle più da vicino. Noi siamo abituati a misurare tutte le immagini insorgenti col metro della nostra osservazione reale, e a indicare come invenzione tutto ciò che non viene incorporato senza contraddizioni nella solida costruzione delle nostre conoscenze. L'infermo invece non avverte affatto le contraddizioni tra le altre osservazioni proprie od altrui; oppure egli le disprezza, o cerca ricoprirle con supposizioni sempre più inverosimili e impossibili. Probabilmente è andata perduta per lui la necessità e anche la possibilità di opporre resistenza alle idee deliranti insorgenti e di correggerle e sopprimerle. Per questo fatto parla specialmente anche la completa insensatezza delle idee deliranti osservata regolarmente negli stati di debolezza mentale, la insostenibilità delle quali idee al malato ragionevole dovrebbe essere evidente senza alcuna riflessione.

La ragione per queste incapacità è stata ricercata nei tempi passati nella speciale qualità delle singole rappresentazioni. La dottrina delle « monomanie » supponeva che la « idea fissa » rappresentasse soltanto un disturbo circoscritto della vita psichica. Proprio da questi fatti ebbero origine quelle pazze aspirazioni terapeutiche che cercavano di togliere con un qualunque intervento convincente le idee deliranti apparentemente uniche, in modo da guarire così la malattia stessa. Il successo di simili prove sta nel caso più favorevole nel surrogare una idea delirante con una o più altre.

Una specie di resurrezione della dottrina della monomania ha tentato recentemente Wernicke supponendo che in alcuni casi il delirio sia prodotto da singole potentissime idee « predominanti ». Secondo il mio parere, nè le sue osservazioni, nè i suoi argomenti che lo hanno condotto più oltre a supporre nella mania anche idee di « valore inferiore » sono convincenti. Nell'andare e venire delle rappresentazioni possono alcuni anelli della catena ideativa divenire predominanti solo quando non sono respinti da processi nuovamente insorgenti. Una viva accentuazione sentimentale può rendere « predominante » un gruppo di rappresentazioni, ma tutti i sentimenti spariscono gradualmente e vengono da altri supplantati; quindi essi non possono durevolmente preva-

lere se tale processo non viene sostenuto dalla trasformazione della completa personalità o dalla patologica atrofia della vita psichica. Noi veniamo quindi alla conclusione che la formazione delle idee deliranti risiede regolarmente in *un disturbo generale dello stato psichico.* La spinta al delirio è forse sempre data da oscillazioni sentimentali le quali convertono in idee le speranze e i timori sonnecchianti. Perchè tali idee divengano delirii e possano acquistare una potenza contro la quale alla fine non giova neppure l'evidenza, c'è bisogno che la nostra capacità di giudizio si rifiuti al suo compito, cosa che in un caso potrà avvenire per una eccitazione emotiva passionale, in un altro caso per un offuscamento della coscienza, in un terzo per debolezza psichica.

Si può qui ragionevolmente domandare perchè le idee deliranti debbono avere relazioni così strette col proprio benessere o malessere se le loro cause originarie debbono ricercarsi nei cambiamenti generali degli stati psichici. A me sembra che la ragione di ciò risieda nella forte accentuazione sentimentale di quelle rappresentazioni che si trovano in stretto legame col nostro io. Il fatto ben noto che toni sentimentali ed emozioni pronunciate turbano il chiaro giudizio, e che quindi nessun campo del pensiero umano è esposto a più grossolani inganni di quello che non sia la conoscenza di sè stesso, è affermato in modo più manifesto anche dal contegno delle idee deliranti. Secondo il proverbio che si vedono meglio le pagliuzze negli occhi altrui che non le travi nei propri, vediamo spesso che i nostri infermi riconoscono giustamente le idee deliranti negli altri, mentre è loro impossibile riconoscere il proprio delirio, cosa che sembra all' osservatore facilissima. Il disturbo psichico che è base di queste idee deliranti « parziali » dovrà essere chiamato perciò col medesimo diritto un disturbo generale, ugualmente come l' arresto della circolazione in seguito a diffetto cardiaco, anche se in tal caso i fenomeni della stasi si sviluppano in principio solo nelle parti più lontane. Ammesso che le scosse emotive producano queste rappresentazioni, esse si estenderanno naturalmente in prima linea nel campo della propria personalità ed in quelli a lei più prossimi. Esse si radicano più rapidamente, più fermamente e con maggior forza di convinzione nel nostro interno che non le osservazioni lontane, indifferenti. Oltre a ciò sono queste rappresentazioni molto difficilmente accessibili alla correzione anche nella vita normale. Dove vediamo forse in stati deliranti insorgere false rappresentazioni sopra cose lontane, queste possono sempre essere tolte senza difficoltà dall'evidenza secondo la natura degli errori appena è scomparso l'offuscamento della coscienza.

Non vi è bisogno di spiegare ancora di più, che, per ciò che si è fin qui detto sull'origine delle idee deliranti, non è possibile parlare per esse di un campo originario strettamente circoscritto nel cervello. L'idea delirante in sè stessa è innanzi tutto una rappresentazione come tutte le altre, come ad esempio le rappresentazioni nel sogno nelle quali osserviamo spesso certe figure che frequentemente ritornano. Però l'idea delirante acquista uno speciale posto nella vita psichica dell'infermo e una caratteristica figura per il momentaneo o durevole contegno della completa personalità psichica. Essa dunque non è tanto l'effetto di un circoscritto processo morboso, quanto invece il segno di un generale mutamento patologico della intera funzionalità cerebrale. In realtà si è cercato di dare come sede di ogni singola rappresentazione una speciale cellula corticale, sicchè la capacità di percezione del cervello sarebbe determinata semplicemente dal numero di quelle cellule, e si potrebbe da questo punto di vista rendere responsabile della insorgenza di idee deliranti lo stato patologico di determinati gruppi di cellule gangliari o di alcuni sistemi di fibre. Ma questa ipotesi è, per riguardo alle conoscenze psicologiche e cliniche, ugualmente insostenibile come lo è il supporre che la quantità di possibili quadri visivi sia dipendente dal numero delle singole unità sensitive dalla nostra retina. Oltre a ciò noi vediamo effettivamente prodursi le idee deliranti non solo nelle malattie a focolaio, ma anche in quei disturbi generali (intossicazioni, demenze, paralisi, emozioni patologiche) le quali hanno indubbiamente una azione sopra tutte la organizzazione della corteccia cerebrale.

Ai diversi modi di origine delle idee deliranti corrisponde il loro svariato comportamento clinico. Le emozioni sono in generale processi mutevoli; perciò vediamo di regola deliri che si fondano essenzialmente su tale base, venire, andare e spesso cambiare secondo la forza ed il colorito del tono sentimentale. Soltanto nei casi nei quali questo tono è per più lungo tempo uniforme vengono mantenute più tenacemente le stesse idee deliranti. Le rappresentazioni deliranti rassomigliano completamente a quelle dei sogni; sono quadri variopinti, stravaganti, mutevoli con singoli tratti generali che spesso ritornano sotto forma svariata. Secondo il maggiore o minore legame dei processi ideativi tra loro, le idee deliranti possono seguire immediatamente l'una all'altra o pure, essendo diverse, dimostrare una certa elaborazione psichica o prove o argomentazioni a colorito unico. Quando scompare l'agitazione emotiva o l'offuscamento della coscienza, vengono regolarmente rettificate anche le idee deliranti comparse in quei periodi, anche se l'infermo non è ancora completamente guarito.

Molto diversamente si comportano quei deliri nei quali ha una parte essenziale la debolezza psichica. La causa che produce il delirio risiede forse anche in tali casi nell'emozione, ma le rappresentazioni morbose non scompaiono senz'altro con l'impallidire delle oscillazioni del tono sentimentale. Vero è che possono gradualmente scomparire, ma solo perchè esse vengono dimenticate e non perchè vengano logicamente rettificate. Noi osserviamo ciò spesso nella paralisi progressiva, nella dementia praecox e nei disturbi psichici senili. Non raramente in tali casi insorgono di nuovo, in modo passeggiero per l'influenza di una oscillazione del tono sentimentale, le antiche idee deliranti già scomparse. Con sufficiente frequenza però esse vengono mantenute durevolmente ed anche sempre più elaborate. La demenza paranoide ed alcuni casi di paralisi progressiva c'insegnano come sul terreno della debolezza mentale acquisita durevoli oscillazioni del tono sentimentale sono capaci a volte di dare delirii molto pronunciati.

Anche le forme deliranti di lunga durata dimostrano però interessanti diversità. Esse possono impallidire gradualmente per sparire alla fine completamente; ciò che avviene in special modo nella dementia praecox e nella paralisi progressiva. In altri casi esse vanno scomparendo, ma non vengono rettificate; vengono invece durevolmente conservate come « delirio residuale » senza acquistare un'influenza maggiore. Ovvero si mantengono in modo del tutto uniforme e si cristallizzano, per così dire, in una formula permanente senza che vi sia un progressivo sviluppo, ma anche senza regressione. Anche questo decorso sta a dimostrare probabilmente una forma di demenza; però il posto clinico di simili casi è ancora dubbio. Ugualmente può dirsi per quei casi nei quali le idee deliranti vanno gradualmente mutando, divengono più pazzesche e più incoerenti, accolgono in sè nuovi elementi, mentre altre regrediscono lentamente. Esse formano la grande massa di certe forme per lo più imputate alla demenza, le quali però offrono molti punti di contatto con la dementia praecox.

Finalmente dobbiamo ricordare ancora quei casi nei quali nel decorso di decenni si ritrova un impercettibile *progresso di sviluppo* più o meno unitario senza che la decadenza psichica aumenti. In questa forma morbosa, nella paranoia cioè nel senso più stretto, l'elaborazione psichica spesso molto meschina delle idee deliranti fa comprendere in modo falso il mondo esterno. Il contenuto rappresentativo morbosamente mutato diviene un *durevole elemento del patrimonio dell' esperienza* ed esercita una grande influenza sopra la completa successiva elaborazione delle impressioni esterne. La posizione dell'infermo di fronte al mondo

esterno si sposta gradualmente verso una determinata direzione; la personalità psichica con le sue opinioni antecedentemente acquistate subisce una profonda trasformazione. E appunto questa *completa incorporazione* del delirio, questo aggruppamento intorno al proprio io, determina il rapporto intimo dei suoi singoli elementi, la elaborazione psichica di essi. Si suole perciò in tali casi parlare preferibilmente di un « sistema delirante »; è da notarsi però che delirii sistematizzati sebbene di breve durata si osservano talora nella paralisi e nella dementia praecox negli alcoolisti e negli epilettici. Sembra che l'aumento del sentimento del proprio io, gli stati di ansia o le agitazioni furiose determinino il progredire del delirio; le idee in tal modo originate non vengono in seguito rettificate, ma mantenute ed elaborate. Secondo la mia esperienza in tali casi è di regola riconoscibile una evidente debolezza di critica.

Come insegna l'osservazione clinica, la formazione delle idee deliranti mostra nei singoli casi una serie di svariate forme, le quali spesso nei nostri infermi ritornano con rimarchevole uguaglianza. Usualmente si sogliono anzi tutto distinguere le *idee di piccolezza* e *di grandezza,* e cioè, delirii depressivi ed espansivi. Delle molteplici forme dei delirii depressivi il più analogo alla vita normale è il *delirio di peccato;* esistono molte persone le quali dopo ogni insuccesso, oppure dopo ogni disgrazia sono soliti a cercarne la causa nel loro modo di agire e di tormentarsi col pensiero che avrebbero potuto fare diversamente questa o quella cosa. Negli stati di depressione patologica questa idea di colpa può andare unita ad ogni manifestazione od azione dell'infermo. Egli crede di nuocere sempre agli altri, d'ingannare, di portare sfortuna, chiede sempre perdono per le sue cattive azioni. Anche il proprio passato viene messo dal delirio in cattiva vista. Qualunque possibile azione anche la più indifferente sembra al malato un atroce misfatto; egli si accusa dei più terribili delitti, spesso solo in modo generico, a volte però anche con una particolareggiata descrizione; crede di essere un individuo cattivo, infame, senza cuore, scacciato e maledetto da Dio. Perciò egli nello stesso tempo teme e desidera un terribile castigo per espiare i suoi peccati, e vive nell'attesa continua di essere arrestato dalla polizia, di essere giustiziato, bruciato, trascinato al patibolo, sotterrato vivo. Simili rappresentazioni noi le riscontriamo specialmente nella melanconia, come anche negli stati depressivi circolari e paralitici.

Assai simili a queste idee deliranti sono i *timori,* di natura generale che frequentemente si associano con quelle; l'idea di diventare povero, incapace al lavoro, di dover subire una grave disgrazia o di

doverla apportare alla famiglia. Simili rappresentazioni, cioè che qualche cosa di terribile sia avvenuto, che i parenti siano ammalati o morti, o che minacci una grave sciagura, le ritroviamo come è noto con sufficiente frequenza quali passeggieri « presentimenti » nella vita quotidiana. La base comune di queste idee è formata sopratutto da una depressione sentimentale. Nelle loro più gravi forme si giunge al cosìdetto delirio *nihilista*. Tutto è distrutto, annientato; il mondo non esiste più. Tutti sono da lungo tempo morti, il malato stesso non è più vivo, non ha più nome, è niente, anche meno di niente.

Un altro grandissimo gruppo è formato da quelle idee deliranti che si sogliono riunire sotto il nome di *delirio di persecuzione*. Accenni di questo delirio li troviamo nella vita normale in quelle nature sospettose e sfiduciate che suppongono dappertutto intorno a loro motivi bassi ed ostili, e che in relazione a ciò son pronti a riferire le loro avversità alla invidia ed all'odio degli altri. Usualmente va unito a ciò un esagerato apprezzamento della propria personalità, misconoscendo invece il merito altrui. Nei nostri infermi il punto di partenza è formato d'ordinario da un periodo di depressione, da un malessere interno o da segreta angoscia. Insorgono presentimenti e supposizioni; alcune percezioni sembrano sospette; avviene qualche cosa di insolito. L'infermo comincia a riguardare con crescente diffidenza ciò che avviene intorno a lui, a spiegare in modo delirante espressioni ed avvenimenti indifferenti, mosse casuali, e ad elaborare le sue percezioni sotto nuovi punti di vista pieni di pregiudizi. Gli articoli dei giornali, i canti, le prediche contengono nascoste derisioni e allusioni alla sua condizione disperata. Tutte le assicurazioni dell'amore e dell'amicizia non sono che pure simulazioni per attirarlo così più sicuramente in trappola. Tale sviluppo si osserva frequentemente nella paranoia e nella dementia praecox, ma anche negli stati di depressione circolare ed in altri stati di depressione.

Molto spesso il delirio di persecuzione è accompagnato più o meno da disturbi psico-sensoriali specialmente uditivi. L'infermo si vede perciò circondato da una rete di segrete inimicizie, da pericoli minaccianti ai quali non può sfuggire. Tutti sono alleati contro di lui e godono della sua angoscia. Ovunque egli ritrova i segni indubbii per i quali conosce che altri sono a parte del suo segreto, che egli è osservato da spie e perseguitato. È oggetto dell'attenzione generale, lo si guarda in un modo strano, gli gridan dietro, si bisbigliano osservazioni, lo evitano, sputano avanti a lui. I cibi e le bevande hanno uno strano sapore come se dentro vi fosse qualche cosa, evidentemente vi è mi-

schiato veleno, fango, sperma, carne umana. Dopo essersi nutrito ha dolori allo stomaco, vampate alla testa, eccitazioni sessuali. Nella propria stanza ritrova le tracce dell'azione altrui, alcuni oggetti sono spariti, imbrattati, guastati, la fenestra che era prima chiusa si è ad un tratto aperta, la chiave della porta non chiude più.

Una grande parte hanno anche le *idee di gelosia* (1). Gli infermi osservano un raffreddamento nei rapporti coniugali, scoprono sguardi ardenti, segni segreti; nelle lettere trovano inviti nascosti per appuntamenti. La moglie quando l'infermo torna a casa inaspettato è imbarazzata, cerca di nascondere qualche cosa, tosse in modo significante; nella camera è sempre buio. Al di fuori qualcheduno corre rumorosamente alla porta; un'ombra passa avanti alla finestra; l'ultimo bambino non è somigliante al padre. Tali insufficienti argomentazioni sono quelle che ci rendono possibile una distinzione, spesso molto difficile, dalla gelosia normale o da quella giustificata. Il delirio di gelosia si riscontra molto frequentemente negli alcoolisti, nei cocainisti, come anche nei disturbi psichici senili.

Aumentando la debolezza mentale le idee di persecuzione assumono spesso forme stravaganti. Le influenze ostili si manifestano in guise che sorpassano non solo il verosimile, ma molto presto anche il possibile. Specialmente risaltano le azioni sul proprio corpo, che vengono dipinte nei più diversi modi. Spesso si tratta di cambiamenti che vengono prodotti durante il sonno od in modo soprannaturale *(telepatia)*. La supposizione di essere stato stregato, di essere divenuto un ossesso che nei processi delle streghe del medio evo aveva ottenuto una cosi grande importanza sociale, si riscontra in modo molto simile nell'infermo superstizioso; ed è appoggiata da sentimenti generali morbosi, da strani pensieri e discorsi insorgenti, dalla percezione di voci che vengono dal proprio corpo, da vivaci sogni. A seconda della diversa educazione, l'infermo è più proclive alla ipotesi di azioni a distanza per mezzo della magia, del magnetismo, della elettricità, della fisica, dell'ipnosi, azioni che vengono determinate col mezzo di macchine, telefoni, batterie galvaniche, da relazioni simpatiche, di invisibili nemici. La evoluzione di tali idee deliranti è spesso straordinariamente minuziosa e arguta. Con speciale frequenza si riscontrano influenze sessuali, penetrazioni ed eccitazioni alle parti genitali, la macerazione di queste, i misteriosi accoppiamenti in letargia notturna con tutte le loro con-

---

(1) Villers, *Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, 1899; *Schüller, Jahrb, f. Psych. XX*, 292.

seguenze fino al parto. Quali autori delle persecuzioni e delle influenze maligne vengon ritenute o determinate persone, superiori, vicini, amici, coniugi, amanti, o determinati partiti che posseggono strane finalità o strani mezzi di aiuto, i clericali, i massoni, i socialisti, i briganti. La idea della trasformazione somatica trova il suo successivo sviluppo nel delirio, ugualmente importante nella storia dei costumi, di trasformazione di animali per opera di incantesimi (lupo manaro), nel delirio di esser morto, di esser trasformato in altra persona specialmente di altro sesso, o in cosa inanimata.

Queste ultime forme di delirii ci conducono alle idee *ipocondriache*, nelle quali la modificazione somatica non viene riportata ad influenze esterne, sibbene ad una malattia grave e inguaribile. Come il medico principiante crede di riscontrare in sè i sintomi di alcune malattie che egli appunto studia, analogamente manifestazioni somatiche del tutto innocue e perfettamente normali vengono riguardate come conseguenze della sifilide, della lissa, di svariate intossicazioni, di gravi alterazioni circolatorie, di abusi sessuali e simili altre cause. Nelle idee deliranti ipocondriache dei medici predominano la tabe, la paralisi progressiva, la tubercolosi. Gli stati psicopatici, specialmente gli stati di depressione circolare, paralitici, ebefrenici e senili, sono il migliore terreno per lo sviluppo di simili idee deliranti. Con l'inizio della demenza e specialmente sotto l'influenza di sensazioni patologiche di ogni genere, le idee deliranti raggiungono non raramente forme pazzesche. Una bestia viva si trova nel corpo, i vermi sono sotto la pelle, la bocca e l'ano sono chiusi, le viscere sono guaste o non si hanno più, tutti i membri sono paralizzati, il respiro e il sangue sono avvelenati, la testa è vuota, la lingua è putrefatta, il ventre è ridotto ad un piccolissimo ammasso, tutto il corpo è pieno di cattivi odori, l'infermo è trasformato in un gallo o è divenuto di ferro e simili.

Anche le *idee di grandezza* possono avere direttamente per oggetto il proprio corpo. In tali casi un giornaliero esempio di quei disturbi del proprio io ci è dato dalla viva speranza dei tubercolosi e dalle illusioni degli ubbriachi, nei quali il sentimento della aumentata attività sta in contraddizione con lo stato reale. Così i paralitici in stadio avanzato vantano la loro forza, i loro magnifici polmoni, la loro potenza virile, parlano della loro bella voce, della loro abilità ginnastica, mentre non possono emettere alcuna nota musicale, nè possono reggersi in piedi. In stretta parentela sostanziale con le idee ipocondriache sono alcune idee di grandezza: l'infermo dice che le proprie feci non sono che oro, le urine vino del Reno e simili. Talvolta anche delirii a conte-

nuto depressivo raggiungono per il modo con il quale vengono utilizzati il significato di idee di grandezza. Gli infermi raccontano che moriranno subito per ascendere in cielo; invitano ad assistere al loro supplizio che avrà luogo con grande pompa. Sentiamo altri malati vantarsi con grande soddisfazione di essere stati già 30,000 volte decapitati, di essere andati soggetti alle più terribili malattie del corpo, di avere ingoiato ogni giorno un quintale di stricnina. In tali stati i più grandi pericoli servono spesso a porre sotto una abbagliante luce la propria forza e la propria importanza.

Molto frequentemente l'idea della integrità mentale, malgrado profondi disturbi psichici, è dovuta alla *mancanza di coscienza della malattia*. Nel manicomio noi troviamo sempre solo un piccolo numero di infermi che si ritengono malati di mente; i più credono di essere completamente sani e non pochi si credono specialmente intelligenti e capaci. Nei maniaci e specialmente negli ipomaniaci la produzione facilitata degli impulsi motori va unita alla idea di un grande vigore psichico. Ugualmente i paralitici si ritengono per il loro alto tono sentimentale spesso più savi di quello che non siano stati nella vita passata. I paranoici, la forza immaginativa dei quali non viene impedita dal controllo della riflessione, si sentono specialmente ripieni di doti, si credono destinati a compiere le azioni più elevate. Abbastanza spesso simili malati riconoscono sdegnosamente una disturbo psichico nei loro compagni. Finalmente il senso della aumentata attività psichica giunge al punto che l'infermo si ritiene un genio universale, ùn grande scopritore e riformatore, per il quale non esiste più alcuna difficoltà nè quesiti insolubili; egli comprende tutte le lingue, conosce tutti i segreti della natura e giunge con grande facilità in fondo a tutti i più gravi enigmi della vita. Chi è che non ricorda la sorprendente abilità con la quale noi a volte sognando eseguiamo le cose più difficili, per scoprire poi svegliandoci che le nostre azioni non erano che un non senso?

Le relazioni esterne dell'infermo, la sua *posizione sociale,* i suoi possedimenti vengono parimente trasformati nelle sue idee deliranti di grandezza. Egli è di alta nascita, figlio di principi, erede di un trono, o per lo meno egli è in stretta relazione con persone che appartengono alla nobiltà mondana o clericale; egli comunica con potenze soprannaturali, è in relazione con la Vergine Maria, con Cristo, con Iddio stesso. Con maggiore frequenza egli stesso si crede Bismarck, re, imperatore, papa (a volte imperatore e papa insieme); egli è un santo, Cristo, sposa di Cristo, Dio, la Trinità incorporata e Dio supremo.

D'altra parte l'infermo vanta i suoi bei vestiti, i suoi bei cavalli e castelli, egli possiede vaste campagne ed una enorme quantità di denaro, milioni moltiplicati per miliardi; a lui appartengono la Germania, l'Europa e tutte le 5 parti del mondo, e finalmente l'universo intero. A queste idee di potenza e di ricchezza si collegano usualmente svariati *progetti;* i quali debbono essere eseguiti con l'aiuto di mezzi disponibili. Dal semplice acquisto di diverse cose inutili si giunge a formulare progetti di costruzioni meravigliose, di feste grandiose, a voler prosciugare interi mari, traforare la terra, fare viaggi alla luna od attraverso l'universo. In questa varia impronta sostanziale dei « *delirii di grandezza* » prevale l'influenza della esperienza personale. L'indirizzo generale è verosimilmente determinata dallo stato morboso fondamentale, ma il completamento e l'adornamento del delirio vengono forniti dal patrimonio individuale delle rappresentazioni, sicchè a volte costituisce un quadro molto preciso delle opinioni, degli interessi, dei desiderii dell'infermo. Le idee deliranti di simili malati per altro dimostrano fra loro abbastanza spesso una sorprendente simiglianza, la quale è una prova della generale uniformità delle aspirazioni e dei pensieri umani.

Le idee di grandezza e quelle depressive non sono da considerare affatto quali tendenze opposte, reciprocamente escludentisi, dell'attività rappresentativa, invece esse *molto frequentemente vanno unite.* Spesso si ritrovano l'una accanto all'altra, senza che esista una relazione tra i due circoli di rappresentazioni. Il presunto perseguitato vede la causa delle ostilità contro di lui nei suoi speciali pregi, nei suoi naturali diritti ad una grande possessione, nella sua aspettativa per avere una corona di principe; e viceversa l'individuo che delirantemente si crede discendente di alta stirpe, il possessore di sognate ricchezze, crede che il mancato riconoscimento dei suoi diritti sia dovuto a manovre segrete di nemici e di invidiosi, egli considera la sua reclusione nel manicomio opera di parenti ricattatori, oppure quale prova inflitta a lui da Dio; crede che dopo avere felicemente superato questa prova si verseranno sopra di lui tutti i beni dalla fortuna. Senza dubbio noi non dobbiamo ammettere che i singoli circoli ideativi si sviluppino logicamente l'uno dall'altro, ma piuttosto che abbiano un legame successivo per il fatto che ogni delirio è prodotto in modo originario ed indipendentemente dalle condizioni intime dell'infermo. Nella dementia praecox l'insorgere di idee di grandezza accanto al delirio di persecuzione dimostra una maggiore forza psichica.

DISTURBI NELLA RAPIDITÀ DEL DECORSO RAPPRESENTATIVO. — La reciproca concatenazione di rappresentazioni e di concetti ha bisogno, come

si può dimostrare con la misurazione, di un tempo determinato sufficientemente considerevole (circa 0, 5–10" e più), tempo che cambia nella medesima persona secondo la facilità con la quale si collegano gli anelli ideativi. Essa permette reciprocamente induzioni sulle relazioni più intime o più lontane dei processi psichici tra loro. Nelle diverse persone la rapidità dei legami rappresentativi mostra anche nel campo normale differenze molto considerevoli, che possono oscillare nel senso che uno ha bisogno di un tempo triplo dell'altro, senza però che fino ad ora si possano trovare cause decisive per queste durevoli caratteristiche personali. Da questa osservazione il giudizio sulle irregolarità patologiche diviene naturalmente più difficile, in quanto che nei singoli casi non è possibile avere valori comparativi con tempi di reazione normale. A ciò contribuisce anche il fatto che le misure necessarie possono venire prese solo con grandi difficoltà, le quali possono essere soltanto vinte con la completa padronanza dei metodi di misura. Queste sono le ragioni per le quali le conoscenze intorno ai disturbi riguardanti il tempo di cui abbisognano i nostri processi ideativi sono relativamente ancora molto insufficienti. Tuttavia disponiamo già presentemente di decine di migliaia di misure fatte sugli infermi (1). Sopra tutto non vi è dubbio che un *rallentamento* del decorso rappresentativo è prodotto da una serie di circostanze anche nell'uomo normale. Innanzi tutto è la stanchezza che fa ritardare regolarmente il processo ideativo fino alla completa paralisi psichica. Tale azione è comune alla stanchezza somatica e alla psichica. Una simile influenza hanno un gran numero di intossicazioni, specialmente quelle da alcool, etere, cloroformio, cloralio idrato e simili, in grado più leggiero quelle da tabacco. Anche certe emozioni di natura sgradevole sembra che rallentino il corso rappresentativo.

Negli stati patologici non raramente può constatarsi il rallentamento del processo ideativo anche con un semplice orologio o senza alcun istrumento di misura. Specialmente in stati stuporosi e in determinati stati misti della follia circolare, il disturbo suole essere estremamente chiaro. È da considerare però che a volte non è tanto fortemente rallentato il legame rappresentativo quanto la determinazione nel rispondere. Io conosco casi di arresto nei circolari, nei quali il decorso rappresentativo era solo in modo insignificante o per nulla affatto reso più difficile, mentre la produzione del movimento verbale era difficilissima, come si potè indubbiamente constatare con l'esperimento. I malinconici sogliono presentare un modico rallentamento del processo ideativo. Nella

(1) Reis, *Psychol. Arbeiten, II*, 587; Aschaffenburg, *ebenda*, *IV*, 235.

dementia praecox, specialmente negli stati terminali, esiste regolarmente una minima difficoltà nel legame ideativo, che però può sembrare molto maggiore per il negativismo. Il rallentamento dei tempi psichici suole essere molto importante nella paralisi, finchè nel successivo decorso la misurazione riesce del tutto impossibile. Anche nella debolezza mentale originaria si è osservato un rallentamento nel decorso rappresentativo. Insieme ad un prolungamento dei tempi associativi si vedono aumentare di regola le *oscillazioni* dei valori misurati, che Buccola ha chiamato giustamente « il dinamometro dell'attenzione ». Mentre i processi psichici sogliono avere un decorso più regolare nel lavoro più lento, invece l'attività diviene non solo inferiore ma anche irregolare; contemporaneamente si può spesso constatare una diminuzione del suo valore interno.

L'*acceleramento* del decorso ideativo avviene in ogni modo più raramente del rallentamento. Noi vediamo, lasciando da parte l'abbreviamento graduale dei tempi psichici dovuto all' esercizio, che nella vita normale certe forme di eccitazione emotiva possono produrre un più rapido decorso dei processi ideativi. In tali casi sarebbe al massimo da notare l'influenza che ha l'eccitazione per mezzo di un durevole uniforme lavorio ideativo, la quale agisce anche facilitando l'attività psichica. Dei diversi medicamenti si sa finora che probabilmente solo la morfina, la caffeina e gli olii eterei del thè hanno una azione eccitante sulla attività intellettiva. Nei malati mentali non si è provato ancora affatto una sicura abbreviazione dei tempi psichici. Si potrebbe attendere questa manifestazione, secondo l'opinione generale, nei maniaci, specialmente nelle forme leggiere, nella così detta ipomania. L'acceleramento dei legami ideativi viene indicato in tal caso col nome di « fuga delle idee », che appare qui molto bene evidente. Infatti Maria Walitzkaja ha trovato nei maniaci che i tempi associativi sono diminuiti fino alla metà ed anche fino ad un terzo della durata ordinaria. Alla supposizione di un tale considerevole acceleramento delle associazioni ideative sono contrarie le osservazioni molto estese raccolte nella nostra Clinica, specialmente da Aschaffenburg. Per lo più si può constatare addirittura negli infermi con fuga delle idee un rallentamento dei processi ideativi. Io non dubito più per ciò che i risultati contraddittorii siano dovuti alla fonte difettosa, difficile ad evitarsi, di una reazione prematura.

Disturbi della capacità al lavoro psichico. — Il tempo necessario al compiersi dei singoli processi psichici ci dà soltanto un quadro molto incompleto della vera capacità psichica. Potrebbero esistere profondi ed estesi disturbi della totale capacità psichica malgrado che le sin-

gole misure non ci forniscano alcun risultato positivo. Invece con l'esame dell'attività psichica durante un più lungo tempo (1) e sotto diversi rapporti, possiamo riscontrare una serie di irregolarità, la importanza delle quali è notevolissima per una più esatta comprensione delle forme di debolezza mentale specialmente originarie. Impariamo in tali casi a conoscere addirittura certe *qualità fondamentali della singola personalità,* sulle manifestazioni patologiche della quale abbiamo altrimenti idee solo molto indistinte e vaghe.

Innanzi tutto risulta che il lavorio psichico nei normali lascia alcune durevoli tracce che rendono successivamente più facile lo stesso lavoro. Questa durevole facilità al lavoro, che solo gradualmente si perde di nuovo, và sotto il nome di *esercizio.* L'influenza dell'esercizio è diversa nelle diverse persone. Molto più grandi sono però le oscillazioni nel campo patologico. Mettendo da parte le forme di debolezza mentale acquisita, specialmente la demenza paralitica, nelle quali la *capacità* all'esercizio è con grande frequenza completamente abolita, è chiaro senz'altro che tale qualità racchiude negli idioti quasi esclusivamente tutto l'avvenire dell'infermo. L'incapacità alla educazione non è infatti altro che la mancanza della capacità all'esercizio. Naturalmente influisce oltre che la facilitazione al lavorio psichico per mezzo dell'esercizio, anche la *stabilità* con la quale questa durevole traccia viene conservata nella memoria. Dove l'acquisito esercizio si perde di nuovo rapidamente, esso sarà soltanto un mezzo di aiuto poco sicuro per lo sviluppo psichico, Anche sotto questo rapporto si trovano già importanti differenze negli individui normali. Nel campo patologico vediamo che un esercizio rapidamente acquisito scompare con uguale rapidità in quelle forme di debolezza originaria, nelle quali una certa superficiale vivacità psichica inganna dapprincipio sulla insufficienza fondamentale basata della capacità psichica.

Con la capacità all'esercizio sta forse in stretto rapporto la *eccitabilità.* È risultato che la continua attività impiegata in un lavoro psichico produce rapidamente una facilitazione di questo lavoro, facilitazione che si distingue dall'esercizio per la sua rapida scomparsa appena terminato il lavoro. La maggiore o minore facilità con la quale avviene questo aumento dell'attività durante il lavoro, si chiama « eccitabilità ». Dall'osservazione quotidiana sono sufficientemente noti diversi gradi di rapidità con i quali l'individuo si famigliarizza con un lavoro. Nei nostri infermi, quelli con arresto psichico,

(1) Kraepelin, *Die Arbeitskurve, Philosophische Studien, XIX,* 459.

gli stuporosi, offrono il caso estremo nel quale l'eccitabilità raggiunge i suoi più bassi valori, mentre i maniaci mostrano apparentemente appunto il disturbo contrario nel grado massimo. Specialmente accurati con esami sopra gli scritti si è dimostrato che nella mania, durante lo scrivere, aumenta rapidamente la velocità del movimento e la pressione della penna. Con minore evidenza, ma quali permanenti caratteristiche personali, si presentano i due opposti disturbi in quelle forme di demenza originaria che, per rapporto al diverso contegno della eccitabilità, vanno sotto il nome di demenza stupida e di demenza agitata. La durata dell'eccitazione, la rapidità con la quale l'interno movimento si acquieta di nuovo, hanno forse una certa importanza per farci intendere questi o quegli stati morbosi. Sfortunatamente non è noto nulla intorno a questi rapporti.

Un'altra fondamentale qualità della personalità psichica è *la facilità a stancarsi.* Per mezzo della stanchezza il livello dell'attività psichica viene abbassato tanto più, quanto più a lungo dura la stanchezza e non solo per riguardo alla quantità del lavoro, ma anche riguardo al suo valore. Una grande facilità a stancarsi impedisce perciò molto sensibilmente la capacità ad una attività psichica più lunga e più faticosa. Nei malati mentali tale disturbo è frequentissimo. Noi lo ritroviamo innanzi tutto nell'esaurimento nervoso e nella convalescenza di varie malattie psichiche. Molto accentuato suole essere negli stati di depressione dopo attacchi maniaci. La stanchezza latente prodotta dalla agitazione risalta quando è sopravvenuta la tranquillità, nella stessa guisa come nell'uomo normale si presenta il rilasciamento dopo avvenimenti eccitanti. Inoltre riscontriamo spesso una aumentata facilità a stancarsi nella dementia praecox, ma specialmente nelle malattie cerebrali senili e nella paralisi progressiva, dove con sufficiente frequenza è il primo impressionante sintoma morboso. Finalmente essa è una frequente manifestazione concomitante della demenza originaria. In quest'ultimo caso può, con grave danno dell' infermo, rimanere sconosciuta quando va unita ad aumentata eccitabilità. Avviene allora facilmente una tensione della attività psichica al di là di una misura ammissibile, che può condurre ad una permanente stanchezza e forse anche ad un aumento della facilità a stancarsi.

La stanchezza viene riparata col riposo e specialmente col sonno. Verosimilmente anche la rapidità con la quale si compie la riparazione va soggetta a disturbi morbosi. I melanconici, i nervosi, i convalescenti riparano molto lentamente le conseguenze di un sopraffaticamento psichico, emotivo e anche somatico; dobbiamo notare in

essi forse una diminuzione nella *capacità al ristabilirsi* della elasticità psichica. Una parte essenziale ha perciò senza dubbio il sonno. Per le dette osservazioni sembra verosimile che nella pazzia si abbiano spesso gravi disturbi non solo nella durata del sonno ma anche e specialmente nella *profondità* di esso. Negli stati di semplice lavoro eccessivo è stata riscontrata già una superficialità del sonno, un più lento giungere alla maggiore profondità e un completo rilasciamento verso il mattino.

Poco meno frequente della patologica facilità a stancarsi è nel nostro campo un aumento nella *distraibilità*. Questa può essere prodotta o dalla esigua forza delle rappresentazioni conduttrici, o dal risaltare con insolita vivacità dei singoli elementi delle rappresentazioni, o finalmente da una aumentata sensibilità alle influenze che distraggono. Il primo caso noi possiamo riscontrare nella vita normale, nei sogni fatti ad occhi aperti quando lasciamo vagare senza freno i nostri pensieri, sicchè veniamo trasportati or qua or là da influenze esterne del tutto casuali. In simil guisa si origina forse la distraibilità nella debolezza mentale, specialmente nella paralisi progressiva e nella dementia praecox; in questi casi mancano durevolmente quelle rappresentazioni conduttrici che dànno al decorso ideativo la sua determinata direzione e che impediscono fin dall'origine lo sviluppo di tutte quelle impressioni e rappresentazioni che son fuori della via rappresentativa.

Per la seconda forma della distraibilità noi ritroviamo forse alcuni punti di contatto nelle manifestazioni concomitanti di una attività affaticante. Già antecedentemente abbiamo veduto che con una crescente tensione volitiva l'abitudine verbale acquista una specialissima influenza sopra il nostro decorso rappresentativo. Ciò si riscontra nel modo più notevole nel periodo che segue la sottrazione del sonno e dopo un lavoro somatico. Gli elementi motori delle nostre rappresentazioni sembra abbiano perciò un distinto predominio. È vero anche che le rappresentazioni conduttrici perdono con la stanchezza una grande parte della loro forza. È perciò che non siamo più capaci di avere una ferma risoluzione, passiamo continuamente a pensieri accessori e siamo obbligati a riportare sempre nuovamente con speciale fatica la nostra attenzione nella prima direzione. Tale manifestazione ci è ben nota per la discussione fatta sulla fuga delle idee; la riscontriamo bene spesso nei più diversi stati di eccitamento, sopratutto nella follia maniaco-depressiva.

L'aumentata sensibilità alle influenze distraenti è finalmente la regolare manifestazione concomitante della nevrosi comune. Essa va

strettamente unita con una diminuzione della capacità all'abitudine. Per l'uomo normale ogni distrazione suole per una più lunga azione perdere gradualmente sempre più la sua influenza; l'individuo si abitua al disturbo ed impara a lasciarlo passare inosservato. Nell'aumentata eccitabilità nervosa questa capacità di abituarsi può essere più o meno fortemente diminuita, sicchè col tempo, l'azione distraente di un disturbo aumenta sempre più invece d'indebolire. In tal modo eccitamenti insignificanti possono infine influire con tal grado di turbamento da sembrare incomprensibile.

Disturbi della coscienza. — Col nome di coscienza dell' io indichiamo la somma di tutte quelle idee che formano per noi il quadro della nostra personalità fisica e psichica. Tale gruppo ideativo forma la base permanente della nostra vita psichica ed esercita perciò sul decorso dei nostri processi mentali una grande influenza. Essa collega da una parte le impressioni di ciascun momento ad un quadro univoco della nostra condizione generale e d'altra parte concatena la serie delle nostre osservazioni in una decorrente storia della vita il cui risultato rappresenta sempre l'io.

I disturbi della coscienza possono innanzi tutto annullare l'intima *unità della personalità.* Nel sogno possiamo intavolare anche dialoghi e ci meravigliamo delle risposte del nostro interlocutore. In tali casi è abolita evidentemente quella unità della coscienza che ci permette durante la veglia di abbracciare contemporaneamente tutti i pensieri e tutte le sensazioni del nostro interno. Una simile « divisione » o « disgregazione » della coscienza noi la riscontriamo frequentemente in stati patologici. Le prime disposizioni per questi fatti appaiono già forse in quei casi nei quali i disturbi psico-sensoriali si presentano all'infermo quale estranea manifestazione di origine esterna. Quando un alcoolista sente a suo riguardo conversazioni che lo burlano, oppure che si fanno complotti pericolosi per lui, non si accorge per nulla affatto che simili disturbi psico-sensoriali non sono altro che manifestazioni allucinatorie dei suoi pensieri e dei suoi timori; egli stesso, senza saperlo rappresenta le due parti. Specialmente nella dementia praecox questa disgregazione della coscienza può divenire molto manifesta. Gli infermi parlano allora di potenze estranee, di nemici che si sono annidati nel loro corpo e distinguono molto chiaramente i loro propri pensieri e le loro azioni da quelli dei loro abitatori. Anche per la spiegazione di certi disturbi isterici si è proposta simile spiegazione. Poichè si può dimostrare che anche quegli eccitamenti che influiscono sopra sfere somatiche insensibili possono essere utilizzati psichicamente, e che membra paralizzate possono essere messe indirettamente in movimento, può sup-

porsi che si tratti in tali casi di una disgregazione della coscienza, che esclude alcuni campi somatici dal complesso della coscienza personale.

Il rapporto della personalità attuale con la passata può venir disturbato per il fatto che le traccie di periodi più o meno lunghi della vita vengono abolite. Se non ha avuto luogo in questi periodi una evoluzione, allora la coscienza si riscontra immutata; l'intervallo viene poi colmato da argomentazioni o da falsificazioni mnemoniche. Il primo fatto avviene nei casi nei quali le lacune vengono prodotte da offuscamenti di coscienza, dal sonno, da sincopi, da stati crepuscolari, da delirii; il secondo invece quando la perdita della memoria è causata da disturbi della fissazione dei ricordi, come nella malattia di KORSSAKOW. Un quadro essenzialmente diverso offrono invece i casi della cosidetta « doppia coscienza ». In tali casi si tratta di un succedersi più o meno regolare di diversi stati nei quali ogni volta rimane solo nella memoria il ricordo degli avvenimenti dello stato simile. Sicchè si mescolano per così dire due diverse personalità, ciascuna delle quali risponde solo di una parte della totale esperienza. Di regola l'uno suole appartenere ad un precedente grado di sviluppo e perciò non possiede certe conoscenze ed abilità che ha l' altro. A volte si può constatare che ha avuto luogo addirittura un ritorno ad una determinata età, che si è distinta per speciali avvenimenti. Questa manifestazione che in soggettti adatti si può riprodurre artificialmente con la suggestione ipnotica, appartiene al campo dell'isteria ed è stata chiamata dai francesi « ekmnesia ».

La coscienza non è una stabile formazione psichica, ma viene continuamente mutata dalle esperienze della vita. Anche i processi patologici possono in modo efficacissimo falsificarla, però in gradi molto diversi. Da che dipendano queste differenze è ancora completamente oscuro. Così le falsificazioni della coscienza sono molto spesso assai accentuate negli stati di depressione circolari, mentre possono essere molto esigue nella melanconia, malgrado esista una grandissima trasformazione delirante dell'ambiente. Anche nel delirio alcoolico si svolgono nei malati gli avvenimenti più stravaganti senza che venga falsificata la loro coscienza. Per il fatto che le più gravi trasformazioni vengono osservate nella paralisi progressiva, nella dementia praecox e nella follia maniaco-depressiva, si potrebbe pensare che tale sintoma morboso sia in una qualche relazione con i disturbi della volontà che sono caratteristici delle dette forme; così noi siamo soliti attribuire all'eccitamento volitivo una speciale parte per la costruzione della personalità psichica.

Nei singoli casi la falsificazione della coscienza riceve specialmente il suo colorito da un patologico tono sentimentale. Così nel maniaco aumenta la propria personalità fino all'insorgere di idee di grandezza, che a dire il vero vengono manifestate di regola solo come una scherzevole espressione dell'aumentato sentimento di sè. Negli stati di depressione e di stupore circolare i malati si ritengono non solo cattivi e abbietti, ma si sentono molto spesso cambiati fisicamente, impietriti, tolti dal loro ambiente, morti, si credono trasformati in persone storiche, in diavolo o in animali. Anche al paralitico può sembrare, in relazione con le idee di grandezza o di piccolezza, che il suo corpo sia trasformato nel modo più svariato; ugualmente egli avverte spesso una completa trasformazione della sua vita psichica che lo allontana dal suo passato, che lo fa diventare un individuo nuovo, che, secondo il colorito del tono, raggiunge una grandezza illimitata od una picciolezza fin quasi al nulla. Simili trasformazioni, sebbene meno violente, possono riscontrasi completamente nella dementia praecox: esse sono però in complesso molto più rare e al contrario di quel che avviene nella paralisi progressiva e nella follia maniaco-depressiva si associano sempre con l'idea di una influenza esterna sotto qualunque forma, senza che si debba credere però che il cambiamento della propria personalità sia la conseguenza di tali influenze. In quelle forme di pazzia che noi attribuiamo alla paranoia, il disturbo della coscienza suole essere piccolissimo; esso si limita di solito ad un soverchio apprezzamento delirante delle proprie capacità, il quale in alcune circostanze, per mezzo di falsificazioni mnemoniche, viene riportato al passato e può formare il legame per una interpretazione falsa della propria posizione sociale.

Con il progredire della demenza si ha infine anche una scomparsa della coscienza.

Negli stati terminali della dementia praecox e specialmente della paralisi progressiva può, sembra, spezzarsi il gruppo ideativo della personalità somatica e psichica e con ciò anche il legame intimo che unisce la catena delle esperienze. Si deve tuttavia rilevare che questo processo non è una semplice conseguenza della demenza, ma costituisce una speciale manifestazione delle suddette malattie. Anche nella demenza epilettica noi vediamo svilupparsi un forte impoverimento psichico e gravi disturbi mnemonici. Malgrado ciò rimane in tali casi d'ordinario agli infermi una chiara e ordinata coscienza della propria personalità. Anche nella presbiofrenia nella quale per il grave disturbo della fissazione gli avvenimenti scompaiono subito senza lasciar traccia per essere sostituiti da libere invenzioni, la coscienza suole in generale essere conservata; tutt'al più si ha una trasposizione in epoche da lungo tempo trascorse.

C. *Disturbi della vita sentimentale*

Ciascuna impressione sensoriale che sorpassa la soglia della coscienza produce nel nostro interno, oltre alla percezione, un caratteristico mutamento del nostro stato psichico che noi indichiamo col nome di *sentimento*. I sentimenti non sono, come le percezioni, uno specchio del mondo esterno, ma essi caratterizzano direttamente la posizione che l'io occupa di fronte alle influenze esterne; essi sono quelli stati psichici dai quali si sviluppano effettivamente gli eccitamenti volitivi. Secondo le dimostrazioni di WUNDT (1) le tre direzioni del sentimento che accompagnano ben raramente da sole, ma quasi sempre in svariate mescolanze, i processi psichici, si possono distinguere in volontà e mancanza di volontà, in eccitamento e tranquillità (forse meglio arresto) e finalmente in tensione e risoluzione. Tale analisi del complesso sentimentale nei suoi più semplici elementi può non solo per mezzo della esperienza interna essere effettuata con esempii scelti, ma viene anche sostenuta dalle caratteristiche influenze che i differenti sentimenti sembrano avere sulla respirazione, sul polso e sulla pressione sanguigna.

Essendo i sentimenti i segni più sicuri di tutti i mutamenti interni, nei disturbi mentali è di regola appunto il tono sentimentale, la « vita emotiva » dei malati che presenta i disturbi più rilevanti. Il giudizio di queste manifestazioni morbose incontra però alcune caratteristiche difficoltà per il fatto che qui, anche meno che nella sfera intellettiva, si conoscono stabili regole con l'aiuto delle quali si possono precisare sicuramente le graduali irregolarità del contegno normale. Falsificazioni dell'osservazione sensoriale, errori contro i principii del pensiero logico sono senz'altro riconosciute anche dal profano come manifestazioni morbose; la vivacità delle manifestazioni sentimentali dimostra però nel normale, sotto diversi rapporti, differenze personali così estese, che la distinzione dal morboso diviene in questo campo molto frequentemente difficile. Il profano (nei casi forensi il giudice) ha più facilmente tendenza a ritenere come morbosi i difetti dell'intelletto, specialmente le idee deliranti, piuttosto che i più gravi disturbi della vita emotiva.

DIMINUZIONE ED AUMENTO DELLA ECCITABILITÀ EMOTIVA. — La più semplice e anche la più frequente alterazione nel dominio dei sentimenti è la *diminuzione della forza di essi*. Mentre la parte intima che prende l'uomo normale nei suoi vari rapporti con l'ambiente si riflette con continue oscillazioni più leggere o più forti del fondo sentimentale, la

(1) WUNDT, *Physiologische Psycologie*, *II*, 284, 5. Aufl. 1902.

diminuzione di questo tono sentimentale significa *indifferenza* ed insensibilità di fronte alle impressioni del mondo esterno. Tale disturbo è una manifestazione concomitante generale della maggior parte delle forme di debolezza mentale. In alcuni casi le impressioni esterne vengono ancora ben percepite ed anche sufficientemente ben elaborate, senza però risvegliare alcuna percettibile eco emotiva nell'infermo. Questa sorprendente sproporzione tra disturbo intellettuale e disturbo sentimentale la riscontriamo nel modo più pronunciato nella dementia praecox. Solo nei più gravi stati patologici suole la percezione e la attività rappresentativa subire una profonda alterazione. Nella paralisi progressiva al contrario vengon distrutte le attività percettive in grado relativamente più alto, gli eccitamenti emotivi invece in grado minore.

La diminuzione del tono sentimentale non suole di regola estendersi uniformemente a tutti i campi della vita emotiva, ma innanzi tutto avviene una *limitazione* delle intime relazioni dell'infermo. Il circolo degli avvenimenti che lo toccano ancora intimamente diviene più ristretto, mentre in certe direzioni la vivacità dei sentimenti rimane la stessa e in qualche caso può anche aumentare. L'infermo perde più facilmente quei sentimenti che non sono in diretta relazione coi mutamenti del proprio io, ma che si riferiscono ai rapporti col mondo esterno, e oltre a ciò quelli che hanno perduto la qualità sensoriale e che vengono risvegliati come facenti parte di idee e di principii generali solo per mezzo delle azioni psichiche e morali più elevate. Nello stesso modo con cui il circolo ideativo si limita a ciò che è più prossimo e personalmente più importante, cosi anche i sentimenti mantengono la loro semplicità sensoriale e si estendono solo a quelle impressioni che stanno in più diretto ed evidente rapporto col proprio danno. In altre parole, l'interessamento dell'infermo si restringe essenzialmente alle condizioni della propria persona, diviene esclusivamente egoistico e perde il piacere alla attività psichica, ai più nobili godimenti artistici, e insieme il sentimento per le più alte esigenze della condotta, della morale, della religione. Il suo cuore rimane freddo ed indifferente di fronte al destino altrui; egli non comprende le aspirazioni più generali e più elevate, nè si interessa ad esse. Quindi spariscono essenzialmente per lui tutti quei motivi ed impedimenti che subisce l'uomo normale per riguardo al suo ambiente, per i suoi rapporti con la famiglia, con i suoi concittadini ed infine con l'intera umanità e con i suoi doveri. Le conseguenze di questa trasformazione sono molto sorprendenti. L'infermo non ha più alcun sentimento per i suoi cari, per le sue occupazioni, per il suo lavoro,

per il suo dovere; egli perde il senso del pudore, non ha alcun riguardo nei suoi rapporti personali, non ha alcun pensiero della sua condizione, nessuna preoccupazione per l' avvenire.

In forma assai mite vediamo prodursi un tale mutamento nella senilità normale e in forma più grave nella debolezza mentale senile patologica. La impressionabilità e la capacità d'entusiasmarsi per una emozione impallidisce, mentre gli eccitamenti dell'egoismo, come pure il piacere del possesso e del godimento sensuale, prevalgono notevolmente. Inoltre i sintomi dell'ottundimento della emotività sono frequentemente le prime visibili manifestazioni della dementia praecox, nel decorso delle quali malattie si vanno sempre più accentuando. Infine la mancanza dell'interessamento emotivo ha anche una parte importante in alcune forme di debolezza mentale epilettica ed originaria. Con l'atrofia della vita emotiva si accorda in tali casi molto bene una certa accortezza nel perseguire il godimento sensuale, una meccanica abilità nel raggiungere vantaggi egoistici, per cui le persone che stanno intorno ai malati si lasciano frequentemente ingannare sulla profonda incapacità psichica ed emotiva degli infermi. Nei limiti normali appartengono a questo quadro quelle nature brutali ed egoistiche che rimangono insensibili di fronte ai sentimenti altrui, sicchè la loro serenità non viene turbata da alcun senso d'amore per l'umanità e si fanno solo guidare, con calcolo sistematico, dagli stimoli del più grossolano egoismo.

Una differenza assai importante tra i sentimenti bassi, sensuali e quelli più elevati, generali (logici, morali, artistici, religiosi), è caratterizzata dal fatto che i primi hanno certamente una forza momentanea molto maggiore, ma una *capacità di rinnovellamento* infinitamente minore che non gli ultimi. Un godimento o un dolore sensuale può dare per un breve tempo un eccitamento molto vivace, ma il ricordo impallidisce rapidamente, mentre, per esempio, i più leggeri ma durevoli sentimenti morali accompagnano e determinano quasi senza interruzione il nostro pensiero e le nostre azioni per tutta la vita, se non vengono offuscati da oscillazioni emotive passionali. Sono però appunto i sentimenti più elevati quelli che possono garantire quella uniforme tranquillità al nostro tono sentimentale, quella fermezza e sicurezza intima alla nostra personalità psichica, che sono considerate con ragione le qualità di un uomo normalmente e completamente sviluppato. Per il fatto che i sentimenti più elevati esercitano una specie di inibizione sopra i rapidi eccitamenti sentimentali momentanei, cessando questa azione sogliono sopravvenire subitanee esplosioni passionali di sorprendente violenza, ma di poca durata.

Anche in questa direzione dovrà prevalere la mancanza dei sentimenti elevati nel quadro morboso della debolezza mentale. Nei casi in cui le facoltà sentimentali non sono scomparse per un grave deterioramento, vediamo manifestarsi la mancanza di durevoli elevati sentimenti, da una parte con l'ineguaglianza del tono sentimentale, dall'altra con la dipendenza loro da esterne casualità, cioè con la loro *influenzabilità*. Dove mancano i fondamenti stabili per il tono sentimentale, spesso un nonnulla, una parola, il suono della voce, bastano per condurre l'infermo dalla completa contentezza ad una illimitata disperazione. Tale manifestazione suole essere specialmente accentuata nella paralisi progressiva.

Repentine alterazioni sentimentali si trovano spesso nelle più svariate forme della debolezza mentale originaria ed acquisita. Nella osservazione dei normali si rilevano gli scoppii passionali degli individui poco intelligenti, l'umore capriccioso e la irritabilità dei vecchi. Oltre a certe forme della debolezza mentale originaria, sono specialmente gli stati terminali della dementia praecox che presentano di regola, insieme ad una estesissima ottusità emotiva, brevi eccitazioni di violenza spesso assai grandi.

La speciale vivacità degli eccitamenti sentimentali è sopratutto una caratteristica della vita psichica dei bambini e delle donne. Essa determina da una parte una aumentata influenzabilità del tono sentimentale per cause istantanee, d'altra parte però una grande fugacità degli eccitamenti sentimentali. Così si sviluppa la nota mutabilità e variabilità capricciosa della disposizione emotiva. In determinate forme di predisposizione psicopatica risalta in modo sorprendente la facilità con la quale insorgono e scompaiono vivaci sentimenti. Ricordiamo qui la patologica effeminatezza e sensibilità che da una parte viene eccitata molto violentemente da impressioni sgradevoli e dolorose, d'altra parte eccitando sentimenti più nobili, si lascia trasportare ad entusiasmi ardentissimi, ma che si estinguono presto. Queste predisposizioni conducono al caratteristico quadro morboso dell'isteria. Questo è caratterizzato dal fatto che il forte tono sentimentale conferisce una grande influenza alle rappresentazioni, non solo sopra la volontà, ma anche su quei processi somatici che in generale sono sottratti all'intervento della volontà. Forti emozioni hanno influenza sulla respirazione, sulla circolazione, sulla pressione del sangue, sulla attività cardiaca, sulla tensione vasale, sui muscoli dell'intestino, della vescica e dei peli, sulle secrezioni, sulla sicurezza e forza di movimenti, sulla chiarezza e forza delle sensazioni. In tutte queste direzioni le involontarie azioni sentimentali acquistano nella

isteria una grandissima estensione, la essenza della quale può essere in certo modo rischiarata dagli effetti analoghi dell'influenza ipnotica.

Quale passeggiero sintoma patologico riscontriamo in generale un *aumento della eccitabilità emotiva* in determinati stati di eccitamento della paralisi progressiva, della catatonia e specialmente della mania. Insieme alla forza delle oscillazioni sentimentali, che si manifesta con violenti movimenti espressivi, va unita anche l'importante manifestazione del *cambiamento del tono sentimentale,* perchè il vivace colorito della disposizione emotiva presente, respinge completamente l'influenza mitigante e compensatrice dei più elevati sentimenti. Tale fatto ci ricorda le osservazioni fatte nell'ubbriachezza, nella quale la gravità della agitazione sentimentale va molto spesso unita ad un cambiamento subitaneo della disposizione emotiva. La facilità e la subitaneità con la quale i diversi toni sentimentali possono mutare ci dimostra distintamente come le loro condizioni originarie siano tra di loro in stretta parentela. La forza delle manifestazioni sentimentali suole anche rapidamente aumentare per mezzo di eccitazioni esterne; ciò è un fatto ben conosciuto anche nella vita normale, specialmente nell'influenza emotiva delle masse popolari e che riscontriamo inoltre nell'ubbriachezza. Di regola noi possiamo influire anche sul colorito del tono sentimentale spesso in modo sorprendente; solo negli eccitamenti dei catatonici si oppone a tali esperimenti il negativismo dei malati.

Temperamento morboso. — L'importanza dei sentimenti quale espressione dell'intima attitudine alle esperienze della vita riesce forse più evidente nel temperamento personale. Il medesimo avvenimento, secondo la caratteristica degli individui colpiti e secondo la tendenza a determinati toni sentimentali che ha le sue profonde radici nella predisposizione, produce stati psichici completamente differenti. Sembra impossibile, per l'inesauribile varietà delle mescolanze sentimentali, caratterizzare tutte le diverse forme del temperamento. Si può comprendere facilmente come sul terreno patologico la difficoltà sia ancora maggiore; dobbiamo quindi contentarci di schizzare superficialmente le singole forme.

Come in condizioni normali i sentimenti di repulsione sogliono avere in generale una più grande influenza sulla nostra vita psichica dei sentimenti piacevoli i quali hanno d'ordinario un decorso sereno, così anche in condizioni patologiche hanno sulla disposizione emotiva dell'animo una parte maggiore.

L'*aumentato senso di repulsione* rende inclini a trovare in tutti gli avvenimenti della vita solo ciò che è sgradevole e tormentoso, a guastarsi il gaio godimento delle cose piacevoli per piccoli difetti e disturbi o per la prospettiva di tetre possibilità di ogni genere. Il pas-

sato diviene una catena di tristi ricordi, l'avvenire una fonte di preoccupazioni e di disgrazie, il presente un fardello pesante e penoso. Specialmente il proprio vantaggio ed il proprio svantaggio divengono il centro di cupe considerazioni; ogni disturbo insignificante della salute somatica, sembra alla diffidente auto-osservazione, un presagio di malattie incurabili minaccianti. Mentre nella vita normale l'abbattimento susseguente ai fatti tristi viene presto scacciato dalla forza dell'animo nuovamente risvegliantesi, nel pessimismo patologico neanche impressioni piacevoli sono capaci di togliere l'oppressione del tono sentimentale di repulsione, ma esse possono in determinate circostanze aumentarla ancora. Una parte dei casi sta in stretto rapporto con la follia maniaco-depressiva; la cupa disposizione emotiva è unita in tali casi regolarmente con incapacità a risolversi.

Dove al morboso tono di repulsione si unisce un senso di tensione interna, la disposizione emotiva dell'animo prende l'impronta dell'*ansia* Agli infermi manca quindi l'intima sicurezza e la libertà, la fiducia nella propria forza e nella propria capacità. A ciascuna azione va unita la paurosa attesa delle sue conssguenze od il dubbio sulla sua giustificazione ed utilità. Anche in tali casi le condizioni somatiche forniscono un terreno specialmente fertile per lo sviluppo di ogni possibile scrupolo. In tal modo si hanno tormentose e sofistiche auto-accuse, aumentato sentimento della responsabilità che soffoca fin dal principio i timidi sentimenti di fiducia in sè stesso. Tale temperamento forma la base dei timori patologici; inoltre io ho riscontrato un simile andamento nell'anamnesi dei melanconici.

L'aumentata sensibilità di repulsione unita all'eccitabilità caratterizza il grande gruppo delle *nature irritabili*. Impressioni sgradevoli che provocano all' azione producono emozioni di stizza e di collera; esse nascono con speciale facilità se ci troviamo in uno stato di forte tensione volitiva, durante o dopo una attività snervante che esaurisce tutte le nostre forze, o dopo violenti scosse emotive. Nella irritabilità patologica non solo il tono di avversione prevale sulla esperienza della vita, ma essa determina subito anche una eccitazione emotiva che tende ad esplodere, e può venire repressa solo con permanenti lotte interne. Tale mancanza di inibizione importa continue oscillazioni dell'equilibrio emotivo, irrequietezza ed instabilità con occasionali scoppii sentimentali più violenti, che possono prendere ora il colorito della disperazione, ora quello della collera. Riscontriamo più frequentemente la prima forma nel nervosismo originario, mentre la patologica irascibilità *(iracundia morbosa)* si riscontra di preferenza nella predisposizione epilettica e isterica.

La sensibilità morbosa al mondo esterno non porta sempre ad esplosioni passionali, ma a volte anche ad una specie di intimo raccoglimento in sè stesso. Da ciò si ha quel temperamento che noi diciamo « *chiuso in sè stesso* ». Esso non è regolarmente unito all'iracondo sentimento di forza che accompagna il dispetto nell'uomo normale, significa invece un timido raccoglimento di fronte alle impressioni della vita, insieme alla coscienza più o meno precisa della propria insufficienza. I rapporti con gli estranei, l'entrare in un ambiente non abituale, le speciali richieste, le difficoltà insorgenti sembrano subito agli infermi ostacoli quasi insuperabili che sanno sfuggire solo con il completo isolamento, ma non sanno vincere con efficaci risoluzioni. Tale disturbo dà la chiave per comprendere il contegno di tanti « originali ». Sintomatologia molto simile troviamo nell'anamnesi della dementia praecox, non di rado congiunta ad esagerata religiosità e alla tendenza a rinchiudersi in un chiostro. In tali casi sembra che causa di ciò non sia, o almeno non sia soltanto, un aumentato senso di avversione, ma abbiano una certa parte anche aspirazioni negativistiche e bizzarre.

Un *aumento nel tono piacevole* per le attrattive della vita lo riscontriamo anzitutto nelle felici *nature « allegre »* che sono sempre di umore molto gaio, che guardano sempre il lato migliore di ogni avvenimento, che collegano le più grandi speranze ad ogni intrapresa e che passano tutta la loro vita nella sicura attesa di una fortuna inaudita. Se a tutto ciò va unito, come non raramente avviene, un vivace impulso di attività che con fiducia giammai esaurita persegue fini mutevoli, allora vediamo disegnarsi chiaramente gli intimi rapporti che hanno questi temperamenti con la follia maniaco-depressiva. A me sembra che si debban supporre simili rapporti anche quando mancano completamente attacchi morbosi accentuati; e che quindi un duraturo esagerato tono piacevole unito ad interna irrequietudine, come un infondato avvilimento con incapacità a risolversi, presenta ugualmente il primo grado della suddetta malattia. Un altro speciale tipo di vita sentimentale riscontriamo negli *esaltati*. In tali casi alcune tendenze sentimentali specialmente religiose o sessuali a colorito sensoriale più o meno celato, si sviluppano fino al punto da dominare il pensiero e l'azione. Dall'appassionato abbandono alla tendenza all'esaltazione si formano sentimenti piacevoli di straordinaria potenza, che possono compensare ogni esterno dolore o dispiacere. La predisposizione isterica forma di regola la base di questo temperamento. Molto vicino agli esaltati si trovano certi morbosi *bugiardi*, nei quali l'invincibile piacere per l'avventuroso, per lo stravagante e per l'eccitante, la gioia

sfrenata per il proprio ingegno inventivo, sopraffà qualunque cauta riflessione. Anche in tali casi si constatano di regola le caratteristiche isteriche.

Da questi stadii si passa gradualmente alla *patologica leggerezza,* che induce una aumentata impressionalità per tutte le vane distrazioni della vita e che non lascia prender sul serio le cose serie e considera essenzialmente la vita come una bella corbelleria. Forse in tali casi si tratta di superficialità nella disposizione emotiva. Solo le impressioni serie possono avere una influenza profonda durabile e modificante; esse solamente sono adatte a dare al tono sentimentale uniformità e stabilità. Perciò la mancanza di profondità, il trapassare rapido delle emozioni si dimostreranno nel morbo più deciso coll'atrofia dei sentimenti serii direttivi. In tali casi perciò alla morbosa leggerezza, che forma una essenziale manifestazione concomitante di alcune forme di debolezza mentale, va unito regolarmente uno sviluppo incompleto dei sentimenti più elevati: l'egoismo e la mancanza di volontà.

Una comune particolarità dei suddetti temperamenti morbosi é un aumento vivo del sentimento di sè. Le proprie qualità ed azioni appaiono agli infermi in luce specialmente favorevole, ed acquistano per loro una importanza maggiore, perchè di regola gli eccitamenti alla compassione per i dolori altrui sono sviluppati molto imperfettamente. Noi vediamo perciò frequentemente come i malati non solo apprezzino smisuratamente la propria persona, ma anche come risentano ogni piccolo pregiudizio vero o supposto come una grave ingiustizia, mentre le usurpazioni dei diritti altrui da parte loro sembrano azioni completamente innocenti e permesse. Riscontriamo questa egoistica unilateralità del tono sentimentale in molti delinquenti nati, e inoltre nei pseudo-querulanti, nei quali esiste anche una grande irritabilità. Forse è questo il terreno favorevole per lo sviluppo del vero delirio dei querulanti e delle forme analoghe della paranoia.

Emozioni patologiche. — Le emozioni patologiche si distinguono in generale dalle normali sopratutto per la mancanza di una giustificazione assennata; indi per la loro potenza e durata, mentre il loro colorito di regola corrisponde ad uno dei noti complessi di emozioni. Anche nella vita normale noi vediamo andare e venire toni sentimentali senza che noi ci possiamo sempre dar ragione della loro origine, ma siamo capaci di dominarli e di cacciarli, mentre il tono sentimentale patologico sfida ogni tentativo d'influenza. D'altra parte le emozioni patologiche seguono spesse volte a determinate cause esterne, ma di poi non impallidiscono come gli eccitamenti sentimentali dei « normali », ma si rendono indipendenti e non cedono neppure quando è cessata la causa apparente.

La forma più frequente delle emozioni patologiche spiacevoli è l'ansia, che possiamo considerare come unione della tristezza e della tensione interna. Essa suole, come nessun altro sentimento, interessare l'intero stato somatico e psichico. La tensione interna si riconosce nel portamento, nei movimenti espressivi, nella convulsiva innervazione muscolare, oppure essa si risolve in lamenti e grida, in violente tentazioni a difendersi o a fuggire, in tentativi contro le persone vicine o contro la propria vita. A tutto ciò vanno unite tutte le manifestazioni nervose concomitanti dell'ansia già conosciute dalle osservazioni sui normali, cioè l'azione sulla attività cardiaca (palpitazione), sui nervi vasali (pallore), sulla respirazione, sui muscoli volontari (tremore, vacillamento) e finalmente sulla secrezione sudorale, urinaria ed intestinale. L'influenza sulla respirazione e sulla attività cardiaca viene risentita molto vivamente dai malati come pressione e costrizione in corrispondenza della regione cardiaca (ansia precordiale), più raramente prevalgono sensazioni sgradevoli di tensione del capo. Dapprincipio l'ansia è usualmente senza oggetto; l'infermo la sente senza sapere il perchè, e a volte sa anche bene che non ha alcuna ragione di impaurirsi. HECKER ha dimostrato che l'ansia indeterminata può assumere forme speciali, il significato originario delle quali non è sempre facile a riconoscere; a volte è un sentimento di nostalgia, altre volte è un senso di sentirsi cambiato o stordito, ecc. Di regola però gli incerti presentimenti vanno cambiandosi gradualmente in timori più o meno chiaramente raffigurati. Nei più alti gradi dell'ansia la coscienza suole però essere più o meno fortemente offuscata; eccitazioni emotive molto forti dànno solo rappresentazioni indistinte e confuse.

Di regola l'ansia colpisce l'infermo ad attacchi o per lo meno dimostra distinte remissioni ed esacerbazioni, queste ultime specialmente di notte. Solo eccezionalmente la tensione angosciosa perdura con grande potenza per giorni, settimane, mesi. L'ansia è una manifestazione morbosa caratteristica della malinconia, in cui non manca quasi mai. È anche frequente negli stati depressivi della follia circolare, però si dànno anche numerosi casi nei quali manca completamente. Inoltre riscontriamo viva ansia negli stati crepuscolari epilettici, negli alcoolisti deliranti, all'inizio della catatonia e a volte nelle forme più tormentose dei paralitici.

Uno speciale ed esteso gruppo clinico di stati ansiosi è dato infine da quei disturbi che sogliono essere indicati col nome di timori coatti o di « *fobie* ». L'ansia è legata in tali casi ogni volta a determinate rappresentazioni o avvenimenti, i quali cagionano i timori più

svariati e tormentosi. Nelle loro forme più leggere questi timori si osservano anche nella vita normale, ma l'impronta morbosa è data innanzi tutto dal modo di essere ostinato ed importuno, e anche dalla tormentosa vivacità con la quale la immaginazione eccitata si figura ogni possibile dettaglio degli avvenimenti che si temono. L'attesa delle impressioni spiacevoli di pericoli e dispiaceri, di poi l'incertezza nel contegno, il pensiero di rendersi responsabile delle azioni, son queste le fonti dalle quali provengono i timori coatti. La loro denominazione viene dal fatto che prevalgono sempre sulla riflessione e la volontà e recano gravi danni alla libertà psichica, benchè venga riconosciuta molto distintamente la loro futilità. Gl'infermi si circondano perciò non raramente, per proteggersi in qualche modo contro i continui sentimenti spiacevoli coatti che li opprimono, di una vera rete di strane misure di precauzione, le quali limitano le influenza esterne e la individuale libertà di decisione. L' insorgere delle fobie è caratteristico di alcuni quadri morbosi della pazzia degenerativa; transitoriamente si osservano anche nella follia maniaco-depressiva.

La paura molto comune, ridicola, ma che difficilmente può togliersi, dei ragni, delle rane e dei topi è un esempio per dimostrare come cause innocue possano produrre vivaci inquietudini. In un grado più avanzato riscontriamo la paura di guardarsi nello specchio, di aprire le lettere, di indossare nuovi vestiti. Il leggiero malessere che a volte anche l'uomo normale risente per tali cause, può portare gli infermi ai più violenti attacchi ansiosi. Lo stesso può dirsi della paura di veri pericoli e di avvenimenti spiacevoli. Così osserviamo la paura di essere ucciso dal fulmine, di essere colpito da un oggetto che cade, di capitare in mezzo ad ubbriachi, di essere gittato a terra da cavalli fuggenti: fatti, che a volte sono in relazione con speciali circostanze, ma altre volte insorgono indipendentemente da queste. A questo gruppo appartiene anche la paura delle folle, il timore di essere colpito in società da un subitaneo malessere, dal bisogno di urinare o di defecare, di dovere arrossire al sentirsi rivolgere la parola o dopo frasi imbarazzanti, ma specialmente la *paura della paura* che si sviluppa da tutti questi timori coatti. Per il fatto che i malati sono capaci di riconoscere chiaramente l'insensatezza dei loro timori, ben presto non s'agitano più per gli incidenti che loro sovrastano, ma per la tormentosa necessità di doversene occupare; essi non temono tali avvenimenti, ma il sopravvenire della paura di essi.

Un terreno molto favorevole per l'insorgere dei timori coatti è il senso di incertezza e di imbarazzo che ci coglie nei rapporti con

altri, e in grado più alto, in speciali azioni specialmente in pubblico. Appena incontriamo estranei dei quali sappiamo che l'attenzione è diretta verso di noi, siamo indotti a pensare alla nostra forma esterna e alle impressioni che essa potrà produrre. Piccoli difetti che ricordiamo in quel momento possono procurarci uno sgradevole sentimento di umiliazione, che paralizza in modo sensibile la nostra confidenza in noi stessi. Negli stati di predisposizione morbosa il timore di avere un qualsiasi difetto in un vestito, di essere poco pulito, il pensiero di avere in sè qualche cosa che dia nell'occhio, di emanare un odore sgradevole, può ad un tratto insorgere senza alcun motivo e malgrado tutti gli sforzi per scacciarlo può giungere a tale potenza da togliere la tranquillità e la sicurezza nella condotta. Il provare a vincere il sentimento sgradevole dirige l'attenzione dell'infermo sempre più sullo stesso oggetto e aumenta il fenomeno; quanto più l'infermo se ne preoccupa tanto maggiore diviene la parte che esso prende nella vita psichica del malato.

Quando dobbiamo intraprendere una qualsiasi cosa siamo presi facilmente dal dubbio se tutto andrà secondo il nostro desiderio e siamo colti perciò da una intima preoccupazione. Noi parliamo così di spavento della ferrovia, di febbre dei debuttanti, dell'ansia degli esami e sappiamo che tali emozioni sono molto spesso più potenti di qualsiasi tranquilla riflessione. Negli infermi questi fatti si possono mostrare non solamente con una straordinaria violenza e perciò portare gravi lesioni all'attività, ma si presentano a volte anche in occasioni che lasciano l'uomo normale completamente indifferente. L'esempio più conosciuto è la *paura della piazza* o « agorafobia », che è il senso di incapacità a traversare da solo una grande piazza o una strada deserta. Ogni prova che fa l'infermo per vincersi può fare aumentare l'ansia fino ad aversi attacchi simili a sincope. Nella paura di deglutire male, il semplice processo della deglutizione viene reso difficile per l'intervento di movimenti accessori inopportuni e patologici, nello stesso modo come riesce difficile la deambulazione quando non si cammina spontaneamente. Al disturbo corrispondente della minzione si è dato il nome bene appropriato di « balbettamento urinario ». Tali impedimenti sono specialmente aumentati, come avviene anche nella vita normale, dalla attenzione altrui. Come noi nel cantare o nel suonare siamo disturbati se ascoltati da terze persone, così alcuni individui anche nel semplice scrivere vengono impediti se altri guarda loro le dita. Anche i sentimenti di pudore possono acquistare tale forza che la soddisfazione dei bisogni naturali riesce impossibile in presenza di altri o solo pensando di poter essere osservati.

Un grave impedimento all'azione è dato dal timore di nuocere o danneggiare altri. Dall'osservazione normale è noto il malessere da cui siamo colpiti per il maneggio non abituale di fucili carichi o di coltelli molto taglienti, per il pensiero che potremmo con essi causare una disgrazia; si può anche avere tale malessere quando ogni pericolo è assolutamente escluso. Negli infermi tali timori assumono forme svariatissime. Specialmente frequente è la paura di porre nei cibi in un modo qualunque aghi o pezzetti di vetro e in questo modo di uccidere qualcuno. Ugualmente avviene nella paura di contrarre infezioni o di avvelenarsi per mezzo degli abiti o delle mani e di estendere l'infezione; molte simile a questa è l'idea molto strana di imbrattare le latrine con spermatozoi e così impregnare una donna. Uno speciale gruppo è dato dalla paura di commettere involontarii delitti. Alcuni infermi sono tormentati dall'idea di dover prendere un coltello pronto sul tavolo e di uccidere con esso qualcuno, di violentare una donna che incontrano, di toccare un bambino in modo osceno, di aggredire un uomo, di morderlo, di gettarlo giù da un ponte.

Molto spesso i timori si riferiscono al passato. Gli infermi vivono nella paura di avere distrutto trascuratamente in questa o in quella occasione una carta importante, di aver fatto cadere un piccolo pezzo di ostia consacrata durante la comunione, di essersi potuti sbagliare a danno altrui cambiando il denaro, di non avere agito abbastanza onestamente pronunziando un giudizio, di essere divenuti incendiarii con l'incauto uso di zolfanelli. A tutto ciò vanno uniti infiniti ragionamenti sui dettagli delle cose, auto-accuse ed auto-difese in forme sempre più cavillose. Mentre altrimenti nei timori coatti la chiara coscienza della loro insussistenza e morbosità rimane intatta, in queste forme può mancare di quando in quando la pronta giustificazione delle idee tormentose. I malati dubitano di avere eseguito veramente una delle azioni che li preoccupa, e anche possono essere convinti che il fatto sia successo realmente e possono figurarsi il processo con varie particolarità; però mai con la assoluta certezza, come riscontriamo nei veri delirii.

Al malessere con tensione, come noi abbiamo caratterizzato l'ansia, potremmo forse mettere di contro il semplice *abbattimento,* cioè il dolore psichico con il sentimento di incapacità quale malessere con arresto. Il tono sentimentale fondamentale di questo stato è formato dalla tristezza emergente dal proprio interno, che dà la sua impronta a tutti gli avvenimenti della vita. Conseguentemente a ciò il passato appare come una catena di malvagità o meglio di errori, il presente tetro e triste, l'avvenire senza speranze. Insorgono ogni sorta di gravi pensieri e presentimenti, che possono riunirsi a formare delirii ben pro-

nunciati di peccato e di persecuzione, ma ancor più doloroso riesce all'infermo il senso di vuoto e di desolazione nel proprio interno. Egli non prova nè gioia nè dolore; le impressioni del mondo esterno non trovano una eco nel suo petto. « Io sono come un cinematografo », mi diceva una inferma; « io vedo che tutto è veramente bello, ma non lo sento ». La normale soddisfazione per l'esistenza ha ceduto il posto ad un sentimento di doloroso disgusto della vita; le antiche tendenze favorite sono spente e anche gli intimi rapporti sentimentali sembrano spariti nell'irrigidimento emotivo. Dalle fonti della precedente felicità scorre ora abbondantemente la tristezza, poichè il senso di malessere diviene tanto più vivace quanto più intensamente è occupato l'animo. Le impressioni gaie non servono che ad aumentare la depressione, la quale non viene più, come nel normale dolore psichico, mitigata dalla esterna felicità; qui invece la causa gioiosa assume il colorito del tono sentimentale patologicamente depresso. Così io vidi un giovinetto in stato depressivo scoppiare in dirotto pianto ascoltando una musica allegra.

Questa trasformazione del tono sentimentale, che è caratteristica di certe forme degli stati di depressione circolare, va di regola unita ad un *arresto del pensiero e della volontà*. Gli infermi risentono il loro stato in modo molto penoso; si sentono internamente morti; divenuti senza cuore e associano molto frequentemente a questa l'idea della perdita delle facoltà morali o del cambiamento somatico. In verità essi non sono affatto insensibili, come dimostrano molto distintamente alcune esplosioni passionali nei rapporti con i loro cari, e come dimostra la forte tendenza al suicidio. L'arresto può tutto ad un tratto cambiarsi in eccitamento, sicchè risulta allora esteriormente tutta la vivacità emotiva.

Non raramente osserviamo anche nella follia maniaco-depressiva un malessere con *eccitamento,* o indipendentemente dall'attacco morboso, o come stato transitorio tra attacchi di colorito vario. Il tono sentimentale è in tali casi a volte più triste, a volte ansioso od iracondo; secondo i casi si manifesta con gemiti e lamenti, con timori o con esplosioni di *irritazione*. Questa ultima forma è specialmente frequente. Gl'infermi sono di cattivo umore, scoraggiati, scontenti di tutto, s'inquietano con loro stessi o con chi li avvicina; si irritano per qualunque piccolezza e borbottano spesso senza ragione nel modo più insopportabile, per passare poi alla minima occasione ad esplosioni violentissime. Simile tono sentimentale legato a sentimento aumentato di sè stesso e alla mania del motteggiare ho riscontrato più volte nelle sifilidi cerebrali; anche alcune emozioni degli isterici mostrano una mescolanza di malessere e di eccitamento con iraconda irritabilità.

Uno speciale gruppo è dato anche dal tono sentimentale degli epilettici. In essi riscontriamo innanzi tutto un semplice abbattimento associato a disgusto della vita. In alcuni casi sembra che ciò sia unito al sentimento dell'arresto; per lo più esso ha un colorito « simile alla nostalgia », quindi è legato ad un incerto desiderio e ad una interna irrequietudine, che può condurre sino al tentativo di suicidio, all'ubbriachezza o a lunghe camminate senza scopo. Ancora più frequente è l'irritabilità con subitanee esplosioni brutali di eccezionale violenza. Nei veri stati crepuscolari prevalgono stati di tensione ansiosa uniti spesso a grave irritabilità. In modo molto strano possono tutti questi toni sentimentali di malessere essere mescolati con sentimenti di piacere sessuale e di estasi.

La trattazione dei *patologici sentimenti piacevoli* si collega forse meglio a certe osservazioni che sono state fatte intorno all'azione di alcuni medicinali sopra il tono sentimentale. Sopra tutti è l'alcool che, come è noto, produce manifesti sentimenti di piacere a colorito determinato: sentimento di forza aumentata, di entusiasmo, di spirito d'iniziativa. Quale causa di questo tono sentimentale gaio può essere considerata molto probabilmente la facilità nel determinarsi a stimoli motori, come suole manifestarsi sempre più chiaramente, nel successivo decorso dell'azione alcoolica coll'insorgere della irritabilità, con la irrequietezza chiassosa, con l'inconsiderato bisogno di attività. Un uguale fondamento per il tono sentimentale gaio dovremo forse ammettere anche dove riscontriamo nel campo patologico l'unione di vivaci sentimenti piacevoli con grande irritabilità e forte stimolo motorio: cioè negli stati di eccitazione maniaca. La rassomiglianza di questi ultimi con l'ebbrezza è stata molto spesso ricordata, ed essa è, secondo il risultato di esperimenti psicologici, più che esterna malgrado esistano delle profonde differenze. Anche nella mania noi riscontriamo una facilità a determinarsi dei processi motori, che si rivela clinicamente con manifestazioni simili all'ebbrezza. In ambedue gli stati manca quasi o del tutto la coscienza del disturbo. L'ebbro si crede al massimo un po' allegro e il maniaco leggermente eccitato può sentirsi estremamente fresco e capace all'attività o anche più sano che mai. Il tono sentimentale porta in ambedue i casi l'impronta di una sfrenata *allegria;* il sentimento di sè stesso è molto aumentato.

Il buon umore dell'ebbrezza diviene, con il continuato abuso dell'alcool, un durevole attributo del bevitore, come gli altri effetti di tale veleno. Esso assume la forma di un *humour* gioviale e fatuo che caratterizza il tono nei rapporti delle osterie.

Molto manifesta è di regola questa caratteristica disposizione del tono sentimentale nel *delirium tremens,* in generale però è unita all'ansia; essa suole essere anche manifesta nei forti bevitori, e si perde gradualmente solo con una astinenza durevole. Essa si differenzia dal'umore allegro che si riscontra nella lieve ebbrezza per la mancanza di energia muscolare. L'incurante disprezzo delle preoccupazioni, l'immergersi lietamente nel godimento del momento, come viene cantato nelle canzoni bacchiche, sta in strettissimo rapporto con la debolezza volitiva e con la incapacità morale del beone. Come il vero umorismo da una parte racchiude in sè lo scherno di sè stesso, e d'altra parte l'invulnerabilità per i piccoli dolori della vita, così anche nel fondo dell'umorismo del beone sta forse il profondo sentimento della propria impotenza, che ogni volta viene mitigata dall'eccitamento alcoolico. Vero è che nel primo caso si ha a che fare con la vittoria morale sopra sè stesso e con il conseguimento della più alta libertà interna; nel secondo invece con la passiva rinuncia della propria personalità, con lo sprofondamento in una servitù lieta, ma vergognosa.

Anche in alcune forme della paralisi progressiva può manifestarsi evidentemente il senso di sanità e di *felicità;* anzi a volte questo assume forme esagerate. L'infermo si sente talmente contento che spesso non può trovare le parole per descrivere la sua immensa felicità. Questo eccessivo sentimento di felicità ricorda certi successivi stadii dell'ebbrezza, nei quali già appaiono i fenomeni paralitici. A questo sentimento di felicità manca, malgrado tutte le idee di grandezza, la eccessiva allegria, il fresco, diretto senso di forza che dà il suo speciale colorito al vivace tono sentimentale del maniaco. Nel successivo decorso il sentimento di felicità del demente paralitico si va sempre più riducendo fino a divenire una sorridente contentezza senza pensieri, che non dimostra alcuna traccia di quella irritabilità che si riscontra ancora negli ultimi gradi della beatitudine alcoolica. Ad essa somiglia la piacevole soddisfazione dei dementi senili, nei quali però spesso si riscontra una certa sciocca piacevolezza.

Nel decorso della dementia praecox osserviamo anche caratteristici, morbosi sentimenti di piacere. Negli stati di agitazione si ha una puerile gaiezza ed eccessiva allegria senza motivo, con indomabili esplosioni di risa, che ricorda moltissimo la morbosa allegria dei bambini sovraaffaticati. Essa non sta in alcun rapporto con il contenuto ideativo o con gli avvenimenti che ne circondano come la soverchia allegria del maniaco, e per di più apparentemente non è accompagnata da un vero sentimento di felicità come il gaio eccitamento del

paralitico. Nelle forme che vanno unite a idee di grandezza può aversi un tono sentimentale estremamente altero e arrogante, che va unito per lo più con una aumentata irritabilità. All'incontro con la progressiva demenza si sviluppa spesso una noncurante mancanza di desiderii senza attese e senza speranze, ma anche senza aspirazioni, senza paura o senza pentimenti.

Oltre all'alcool e alla cocaina che per la sua azione gli somiglia, è specialmente la morfina che produce benessere. Si suole per lo più riportare tale azione della morfina semplicemente alla sua proprietà di attutire il dolore, ma il fatto che tale rimedio produce anche allora il senso di benessere quando nessun dolore o malessere esisteva, indica specialmente con sufficiente chiarezza che l'azione deve consistere non tanto nel togliere il dolore, quanto nella produzione di piacere. Altrimenti sarebbe anche inconcepibile il perchè la morfina e l'oppio siano divenuti mezzi voluttuari così diffusi. Probabilmente il benessere dato dall'azione della morfina è collegato alla maggiore facilità dei legami ideativi che essa determina. Per tal fatto parlerebbe anche l'osservazione che i morfinisti si sentono dopo l'iniezione più freschi e più attivi intellettualmente, come anche i fumatori d'oppio si abbandonano con voluttà ai quadri variopinti con i quali li adesca la forza immaginativa vivamente eccitata. Alla vita sognante dei fumatori d'oppio è forse analogo quello stato che noi sogliamo indicare con i nomi di *rapimento* o di *estasi*. Anche in tali casi manca completamente lo stimolo motorio e la facilitazione all'azione. Piuttosto la vita psichica si restringe ad alcune illusioni e processi ideativi sognanti, che sono accompagnati da sentimenti della più grande felicità e che hanno quasi sempre un contenuto religioso. Riscontriamo simili stati specialmente negli epilettici e a volte anche negli isterici.

Un po' diverso è il benessere del fumatore di tabacco. Le osservazioni fatte fino ad ora parlerebbero per un leggero stordimento per azione del tabacco. Da ciò potrebbe dipendere il senso della dolce rilassatezza, che non viene disturbato da vivaci idee che si impongano o da stimoli volitivi. Contrariamente avviene nel bromo del quale sono state più esattamente analizzate le azioni calmanti; con l'uso di esso non si producono affatto probabilmente veri sentimenti piacevoli, bensì si rimuovono esclusivamente gli stati di tensione interna. A ciò corrisponderebbe il fatto che per l'uso pel bromo, non esiste, o solo in grado minimo, alcun pericolo di abuso abituale, perchè non è un vero mezzo voluttuario, ma produce un sentimento di benessere solo quando preesisteva uno sgradevole eccitamento interno.

Le forme suddescritte non rappresentano la totalità delle numerose forme dei sentimenti piacevoli patologici. Solamente noi ci troviamo sempre dinanzi alla enorme difficoltà di caratterizzare giustamente le singole gradazioni di questi stati, e di ricercarne possibilmente le origini. Spesso il modo di produzione non è unico, ma si mescolano l'uno all'altro sentimenti di varia origine. In maniera speciale possono essere simultaneamente presenti o susseguirsi l'un l'altro sentimenti a colorito differente e abbiamo già ricordato la mescolanza dell'ansia con l'umorismo nel *delirium tremens;* negli stati crepuscolari epilettici si collegano frequentemente sentimenti di voluttà estatica con ansia e ira; nella follia maniaco-depressiva, come nella paralisi progressiva, si succedono con grande facilità sentimenti di ira e di disperazione.

A volte anche patologiche riflessioni e rappresentazioni possono influire sul tono sentimentale, sicchè i disturbi di questo non sono determinanti, ma conseguenti al delirio. In generale però mi sembra più verosimile che tono sentimentale e rappresentazione siano gli esponenti di un processo unico, le diverse parti del quale si presentano a noi in modo diverso.

Disturbi dei sentimenti generali. — Sotto il nome di « sentimenti generali » indichiamo innanzi tutto quegli eccitamenti sentimentali che stanno in stretti e inalterabili rapporti con la propria conservazione. Essi hanno la caratteristica comune di essere sempre uniti a vivaci eccitamenti volitivi; è perciò evidente la loro importanza determinante per la vita istintiva. Noi possiamo concepire nel modo migliore i sentimenti generali quali avvertimenti sviluppati gradualmente dall'esperienza di innumerevoli generazioni, fino a raggiungere il grado di motivi involontarii dell'azione. Nella vita ordinaria simili sentimenti ci avvisano con infallibile sicurezza dei bisogni attuali del nostro organismo, e sollecitano imperiosamente quelle azioni che sono adatte alla condizione presente. L'esecuzione di tali azioni può venire impedita molto spesso dalla volontà cosciente, però spesso solo con volontaria rassegnazione; mentre invece si può imporre loro silenzio solamente e con sicurezza se in un modo qualsiasi viene riparato al bisogno. Vero è che anche nella vita normale osserviamo qualche volta che un senmento generale scompare se malgrado un prolungato avvertimento non gli diamo ascolto. Noi siamo capaci di vincere la *stanchezza* se adoperando tutta la nostra forza continuiamo a lavorare; la *fame* diminuisce se per lungo tempo non possiamo soddisfarla. Se alla fine abbiamo la pos-

sibilità di cedere al bisogno di riposo o di nutrimento ci accorgiamo allora penosamente della mancanza della stanchezza e della fame che tanto agevolano la riparazione delle nostre forze. Solo quando ci siamo per lungo tempo riposati ritorna in noi la stanchezza, e anche la fame comincia a ripresentarsi mentre mangiamo.

Tutta la nostra vita cosciente è accompagnata da un sentimento di piacere, che si collega all'esecuzione delle attività somatiche e psichiche. Il motivo più profondo di ciò può risiedere nel fatto che solo per mezzo della attività è possibile la conservazione ed il perfezionamento della personalità. Se tale sentimento manca si produce allora quella forma di *noia* che ha origine dall'ozio e che ci stimola ad una qualsiasi occupazione. Fino a quale grado la noia può divenire tormentosa per l'uomo normale noi lo sappiamo specialmente dai disperati sforzi che vengon compiuti per fuggirla negli stati di forzata inattività, p. e. dai prigionieri. Nella pazzia, di regola, la vera noia manca completamente, sopratutto perchè gli infermi anche se non si occupano sono completamente assorti nei processi morbosi che si svolgono nel loro interno. Perciò può essere ritenuto un segno favorevole il riapparire della noia, ma non bisogna scambiarla con il senso di malcontento che gli infermi depressi chiamano spesso noia, e neppure con l'impetuoso stimolo di attività dei maniaci. Quale segno morboso molto importante, quantunque risalti poco, dobbiamo ricordare la completa mancanza della noia nella dementia præcox. In tali casi si tratta della perdita degli eccitamenti volitivi, dai quali ha origine il bisogno di attività. Gli infermi pure conservando completo giudizio e chiarezza, possono restare inerti per settimane e mesi, senza risentire affatto penosamente la cessazione di qualunque occupazione. Con tutto ciò essi sono capaci con eccitamenti esterni di sciogliere senz'altro anche problemi difficili. Persistendo questa mancanza di noia, una intima tranquillità indica sempre un profondo disturbo della vita psichica; noi la riscontriamo spesso nella demenza avanzata.

Un significato del tutto diverso della noia durante l'inattività, ha quella sensazione sgradevole che spesso va sotto il nome di « noia », e che appare come avvertimento dopo un lavoro continuato per un tempo eccessivo. In tal caso abbiamo a che fare con una forma di stanchezza che nell'uomo sano indica, in generale con sufficiente esattezza, la intensità del vero bisogno di riposo, cioè con *l'affaticamento.* Nei nostri infermi anche questo legame può completamente rilassarsi. Così vediamo in molti stati di agitazione, specialmente nei maniaci, una durevole mancanza di stanchezza malgrado un grandissimo consumo di

forze, cioè un gravissimo affaticamento. Con la diminuzione dell'irrequietudine però vediamo in seguito frequentemente che il convalescente viene assalito violentemente dalla stanchezza. Viceversa negli stati depressivi il senso della stanchezza suole esistere durevolmente, sebbene non si possa parlare di un affaticamento, come avviene in malati giacenti in letto senza alcuna attività. Forse in tali casi si tratta invece solo del senso di aumentata difficoltà ad ogni eccitamento psichico e somatico, e non di quello speciale bisogno di riposo che noi tanto apprezziamo come inizio del rinvigorimento completo del nostro organismo. Ambedue i disturbi, stanchezza senza affaticamento, ed affaticamento senza stanchezza, li riscontriamo non raramente riuniti in strana guisa nei neurastenici e specialmente nella pazzia degenerativa. Gli infermi si sentono senza una causa sufficiente durevolmente od accessionalmente spossati, affaticati, incapaci al lavoro, d'altra parte non hanno requie, perchè la sera andando in letto non appare la stanchezza che prepara il sonno.

Quasi le stesse osservazioni valgono nel campo normale come in quello patologico per la *fame* che accompagna il bisogno di nutrizione. Anche la fame tace nei nostri infermi agitati malgrado necessità urgentissime di riparazione somatica. Già dopo un breve periodo di rifiuto di nutrimento la fame sembra scompaia completamente, per ritornare però con grandissima violenza quando il digiuno viene una volta interrotto. D'altra parte noi vediamo frequentemente nei paralitici e nei catatonici comparire una grandissima voracità, benchè negli infermi ben nutriti e oziosi non sembra possa parlarsi di un vero bisogno di nutrimento. Infine nella pazzia degenerativa e nella isteria riscontriamo l'una vicino all'altra, senza un vero rapporto con lo stato nutritivo somatico, una permanente mancanza del senso della fame e quindi tutto ad un tratto una subitanea fame da lupo.

In stretto rapporto con l'ingestione dei cibi sta il *senso di nausea* che ci avverte di non gustare cibi indigeribili, di cattivo sapore o di cattivo odore. I gravissimi disturbi di questa sfera sono di regola il segno di una decadenza intellettiva molto progredita. Noi osserviamo infermi che mangiano le cose più schifose, anche i proprii escrementi; come pure vengono inghiottiti non di rado chiodi, sassi, pezzi di vetro, animaletti, sia cercando in tal modo il suicidio, e perciò vincendo coscientemente la nausea, sia anche per pura voracità. Negli infermi molto agitati o profondamente dementi scompaiono inoltre non di rado quei sentimenti che ci rendono sgradevole anche il semplice contatto del sudiciume e delle lordure e ci stimolano alla pulizia del nostro corpo e

dell'ambiente nel quale viviamo. Vediamo perciò tali infermi sporcarsi senza riguardo e anzi volutamente con i cibi, con la saliva, con l'urina ed anche con le feci! (1).

Un altro segno ammonitorio del quale osserviamo molto spesso la mancanza nei malati mentali è il *dolore fisico*. Negli stati di eccitamento, specialmente in quelli di grande agitazione ansiosa, perfino gravi ferite non vengono avvertite malgrado una completa coscienza. La medesima osservazione è stata fatta notoriamente sopra i soldati sui campi di battaglia. In tal guisa riesce spiegabile come alcuni infermi possano prodursi le più orribili ferite senza essere disturbati nella loro azione dal dolore. Lo strapparsi la lingua, l' ugola, gli occhi, lo spaccarsi il ventre, il trapassarsi il faringe e simili automutilazioni che si sono spesso riscontrate, sarebbero certamente impossibili per un uomo che ha normale la sensibilità dolorifica. Anche nei dementi si riscontra frequentemente simile insensibilità ai dolori corporei. I più stupefacenti esempii sono forniti dalla paralisi, nella quale però deve essere presa essenzialmente in considerazione la distruzione delle vie conduttrici. Fratture, estese scottature, gangrena da compressione, ferite, cauterizzazioni, tutto questo suole venire sopportato dagli infermi senza alcuna o solo con leggera manifestazione dolorifica. Un significato essenzialmente diverso ha la soppressione della sensibilità dolorifica negli isterici e negli epilettici. In tali casi sembra, come ugualmente si può ottenere con l'ipnosi, che la soglia del dolore sia grandemente innalzata.

Infine dobbiamo ricordare un altro gruppo di sentimenti che non stanno in rapporto con la propria conservazione, sibbene con la conservazione della specie. A questi appartiene innanzi tutto il sentimento di *pudore,* che però è artificiale e dovuto alla civiltà. Negli infermi agitati e confusi il pudore può scomparire completamente, però si riscontrano ancora non raramente distinti segni di esso in gravi stati maniaci, se non vengono superati da un aumentato eccitamento sessuale. Molto sorprendente è invece la scomparsa rapida del pudore nella dementia præcox anche senza eccitamento sessuale. Noi vediamo simili infermi denudarsi senza riguardo, parlare senza vergogna di fatti sessuali, masturbarsi innanzi a tutti e ostinatamente. Si deve anche notare la tendenza, osservata spesso nella medesima malattia, per un modo di parlare ricercatamente osceno (coprolalia) e per mosse impudiche.

Nei soggetti normali l' insorgere del *bisogno sessuale* ed anche il soddisfacimento di esso è accompagnato da determinati vivaci sen-

---

(1) MANHEIMER, *Le gâtisme au cours des états psychopathiques*, 1897.

timenti, che nei nostri infermi o possono mancare od essere aumentati o prendere false vie. Riscontriamo freddezza sessuale in alcune forme della pazzia degenerativa e specialmente poi nell'isteria. Ugualmente nei morfinisti i sentimenti sessuali sogliono gradualmente scomparire. Molto più frequentemente si riscontra l'aumento dell'eccitabilità sessuale; ciò si riscontra in certi idioti, e, molto pronunciata, anche nella dementia præcox, infine negli stati di eccitamento dei maniaci e dei paralitici, come pure nella demenza senile. Una speciale considerazione ha avuto in tempi recenti il riscontrare sentimenti sessuali fuori dei normali rapporti sessuali, il rapporto cioè con persone dello stesso sesso, con certi oggetti, la loro relazione con l'esercitare o sopportare maltrattamenti. Poichè tutti questi disturbi sono in strettissimo rapporto con tendenze morbose dello stimolo sessuale, parleremo più diffusamente di ciò in seguito, mettendoli in relazione con queste tendenze morbose.

D. *Disturbi della volizione e della condotta*

Tutti i disturbi che influiscono sopra la vita psichica trovano la loro ultima e più importante manifestazione nella *volizione* e nella *condotta* dell'infermo. Il punto di partenza di una azione volitiva è dato dal rappresentarsi un determinato fine, di un mutamento riguardante noi stessi o il nostro ambiente. Tale rappresentazione è accompagnata da sentimenti che si cambiano in stimoli per raggiungere lo scopo. La direzione della condotta è perciò dovuta al contenuto di simili rappresentazioni, la forza e la durabilità al vigore e alla durata dei sentimenti concomitanti.

I patologici disturbi della volontà e della condotta, possono intaccare nella maniera più varia e nei punti più diversi i processi volitivi. La *intensità* degli impulsi volitivi può essere diminuita od aumentata, la loro *determinazione* facilitata o difficoltata per mezzo dei diversi disturbi. La *direzione* della volontà può essere deviata da influenze esterne e interne, ora con notevoli cambiamenti, ora con uniforme rigidità.

Gli impulsi morbosi possono sopprimere violentemente la volontà normale, gli *eccitamenti impulsivi* possono spingere ad azioni irriflessive e senza scopo; gli impulsi naturali possono assumere *forme morbose.* Ma l'intera condotta dei nostri infermi viene influenzata da tutti quei disturbi che si svolgono in *altre sfere della loro vita psichica,* anche quando il decorso del processo volitivo per sè stesso non dimostra alcuna deviazione. Uno studio speciale richiederanno i *movimenti espressivi,* perchè sono essi che ci danno la conoscenza di ciò che avviene intimamente nei nostri infermi.

Diminuzione degli stimoli volitivi. — Simile assai alla condizione normale è la paralisi volitiva prodotta dalla semplice stanchezza. L'accrescimento delle resistenze interne apporta innanzi tutto un aumentato « affaticamento », che in seguito conduce alla paralisi. Poichè anche il lavorio ideativo è una attività volitiva, aumentando il bisogno di riposo scompare l'agilità intellettuale insieme alla tendenza all'azione rapida ed efficace. Noi non ci sentiamo più disposti all'attività psichica, e i motivi debbono divenire sempre più forti per stimolarci ad un lavoro. Azioni simili spiegano alcuni veleni. Nei più alti gradi dell'ebbrezza da alcool, sotto l'influenza del cloroformio, del cloralio idrato, tutti gli stimoli volitivi si spengono, dopo che però in molti casi essi erano aumentati. Ma mentre questi rimedi paralizzano contemporaneamente anche in grado più elevato i processi percettivi e ideativi, noi riconosciamo nella morfina e anche nel tabacco veleni che sembrano impedire preferibilmente la produzione e la determinazione degli impulsi volitivi. Molto distinta si riscontra la paralisi volitiva nel durevole abuso dell'alcool, della morfina e della cocaina che ha azione analoga ai due veleni suddetti; si sviluppa così una grandissima diminuzione nell'agire. Gli stimoli deboli non possono giungere ad acquistare una estesa e diretta influenza sulle azioni; così anche cause che hanno per sè grandissima importanza, quali le esigenze morali, la considerazione per la famiglia, per la propria felicità, ecc., non possono eccitare la debole volontà a compiere sforzi duraturi.

Un simile indebolimento della volontà si sviluppa spesso negli stati terminali delle malattie mentali inguaribili. Così nella demenza senile le idee ed i sentimenti generali perdono per lo più la loro influenza sulle azioni. La elasticità volitiva, la gioia del lavoro che già nella vecchiaia normale sogliono essere notevolmente diminuite, spariscono del tutto; le aspirazioni si dirigono alle cose più prossime, e si rinuncia facilmente a vincere gli ostacoli. Invece acquistano il predominio quei motivi che hanno origine da basse cupidigie. L'avidità, l'avarizia, la voracità, e in alcune circostanze anche gli appetiti sessuali sono ancora capaci di determinare vigorosi impulsi volitivi. Gli infermi vegetano senza desiderii ed inattivi, condotti e spinti da chi li circonda, senza lasciar riconoscere nelle loro azioni utili o nelle resistenze le tracce di una indipendente risolutezza volitiva. Nel modo più sorprendente la paralisi volitiva suole risaltare nella dementia præcox, perchè accanto alla paralisi della volontà possono essere relativamente bene conservate alcune altre attività psichiche. L'ottusità dei sentimenti importa usualmente nella dementia prœcox, specialmente negli stadii

terminali, una distruzione più o meno marcata degli eccitamenti volitivi. Gli infermi perdono la capacità di riflettere o di occuparsi secondo il proprio impulso. Abbandonati a loro stessi rimangono seduti senza far niente; nel loro intimo non si svolge alcun processo, nè le influenze esterne determinano azioni; solo i bisogni somatici diretti, specialmente il mangiare, possono riuscire a scuoterli. Però con paziente stimolazione e con l'esempio possono ancora compiere azioni sufficientemente utili; vero è che la loro attività finisce subito quando cessa l'impulso che l'ha determinata. Perciò appunto riesce evidente che gli infermi non hanno perduto la capacità al lavoro e all'azione, ma solo l'impulso a compierli. La distruzione della volontà raggiunge il massimo grado nella paralisi progressiva. Con la scomparsa della eccitabilità psichica ed emotiva si perdono anche gli eccitamenti volitivi, l'infermo non sente più alcun dispiacere nè alcun bisogno che potrebbe stimolarlo ad agire. Infine tutte le manifestazioni della vita possono essere ristrette alla continuazione dei movimenti spontanei e di alcuni movimenti riflessi.

Tutto ciò che in alcuni casi viene distrutto dal processo morboso può rimanere rudimentale fino dall'infanzia. Già nei limiti della normalità la forza degli impulsi volitivi, la facilità con la quale il pensiero e la sensazione si cambia in azione è sottoposta a estesissime oscillazioni. Dai temperamenti neghittosi e melensi, esistono dei passaggi graduali fino alle forme stupide della debolezza mentale originaria e dell'idiozia, nelle quali solo difficilmente e raramente un impulso volitivo si esplica e conduce all'azione. Evidentemente anche in tali casi sono i sentimenti sensuali, la fame ed il dolore, che eccitano in modo fortissimo il desiderio e in prima linea stabiliscono la direzione delle impressioni volitive.

Aumento degli impulsi volitivi. — Il sintoma generale dell'aumento degli impulsi volitivi è *l'eccitazione motoria.* Nei casi singoli però essa può originarsi in modi molto diversi. Innanzi tutto l'eccitamento può svilupparsi semplicemente da rappresentazioni o da sentimenti. Da queste hanno origine le esplosioni passionali di uomini normali o di infermi dovute a determinate cause, gli scoppii subitanei di azioni volitive troppo affrettate in una determinata condizione di vita. In tali casi l'azione è manifestamente solo una conseguenza necessaria di determinate condizioni psicologiche preesistenti; il disturbo quindi non sta nella sfera della volontà stessa, ma al massimo in quelle che lo preparano: esistono, cioè, cause potenti che debbono naturalmente portare alla determinazione di impulsi volitivi molto vivaci.

Al contrario siamo autorizzati a parlare di un vero aumento degli stimoli se esiste una sproporzione tra l'importanza delle cause e la violenza dell'eccitamento. Forse è questo il caso fino ad un certo grado nel quale si trovano molti infermi deliranti. In questi, e specialmente negli alcoolisti deliranti, si manifesta per lo più una ben distinta *irrequietezza* che non è sufficientemente spiegata dal delirio, dai disturbi psico-sensoriali e dalle emozioni, ma indica un patologico eccitamento volitivo. Gli infermi non rimangono in letto, si spingono fuori la porta e mostrano un accentuato stimolo di attività in relazione veramente con le loro allucinazioni. Il fatto che essi malgrado la loro grave infermità presentino la vivace tendenza ad occuparsi secondo i loro mestieri, rende molto verosimile la supposizione di un indipendente eccitamento motorio.

Una forma più avanzata del disturbo sopra detto, può essere spiegata meglio considerando l'ubbriachezza da alcool. In tale stato vediamo aumentare gli impulsi volitivi, che vanno gradualmente dalla vivacità iniziale nel parlare e nei movimenti espressivi fino al tumultuare e al gridare, e infine a tutte quelle azioni senza scopo che mettono tanto spesso l'ubbriaco in conflitto con l'ordine pubblico e con la legge penale. Disturbi completamente simili sembra che si abbiano con la cocaina; per lo meno con l'uso continuato di questo medicamento si ha inquietudine senza scopo, loquacità, mania di scrivere, fatti che non possono essere spiegati in altro modo. E appunto tali stati di eccitamento dei cocainisti costituiscono il passaggio a quello speciale aumento degli impulsi volitivi, che è caratteristico del quadro della mania, ma che si sviluppa anche a volte nelle psicosi da infezioni e nella paralisi progressiva. In tali casi si tratta di un morboso *stimolo all' attività* che negli stati più lievi ipomaniaci si manifesta specialmente con irrequieta molteplice attività, con grande loquacità, con vivaci mosse, con il raccogliere e comperare cose inutili, con l'immischiarsi nei fatti altrui, con il perseguire ogni sorta di progetti, con insensate stravaganze, con il vagabondare e viaggiare senza scopo.

Con maggiore eccitazione, gli stimoli ad agire divengono sempre più numerosi e variati. Poichè le rappresentazioni finali divengono più fugaci, si rilassa il legame tra le singole azioni. L'infermo non è più capace di compiere un determinato progetto, ma si limita ad incominciare tutto, perchè la sua originaria intenzione viene subito eclissata da nuovi stimoli insorgenti. Infine non è quasi più riconoscibile lo scopo di ciascuna azione; noi osserviamo solamente ancora una variopinta serie di mutevoli manifestazioni di forza. Si ha così un continuo gridare e cantare, correre, danzare, spogliarsi, strappare i vestiti utiliz-

zando variamente i brandelli, imbrattare e dipingere con le feci, lavare con le urine, distruggere tutti gli oggetti che possono avere fra mani, tamburellare e bussare con le mani e con i piedi.

Un quadro essenzialmente diverso dallo stimolo maniaco all'attività è dato dalla eccitazione *catatonica*. Nella mania anche nelle azioni più insensate è riconoscibile, per lo meno presso a poco, una motivazione psichica; qualunque impulso termina con una *azione*, per quanto questa possa sembrare inutile e insensata. Nella catatonia al contrario abbiamo da fare essenzialmente con *movimenti* che in generale non hanno ulteriore esito. Per tale disturbo è adatto molto bene il nome di « *stimolo motorio* », nome che suole essere anche usato per lo stimolo maniaco ad agire. Benchè la vera agitazione nei catatonici sia spesso molto esigua, i loro movimenti sono completamente senza scopo e non servono alla realizzazione di questo o quel proposito. Essi consistono semplicemente in smorfie, storcimenti e contorcimenti delle membra, nel saltare su e giù, nel fare capitomboli, rotolarsi, battere le mani, correre in su e in giù, arrampicarsi e ballonzolare, nel produrre suoni e rumori insensati. In tali casi non si può più quasi parlare di volontà nel vero senso della parola, poichè noi non abbiamo a che fare con la trasformazione di rappresentazioni finali in azioni. Gli infermi stessi spesso assicurano nettamente che non sanno perchè eseguiscono simili movimenti. Forse possiamo rammentare in tali casi ciò che si verifica a volte dopo gravi fatiche psichiche. Allora si può sviluppare una irrequietezza muscolare, che si manifesta con una infinità di movimenti senza alcuno scopo, non possiamo star seduti, ci alziamo ogni momento, giuochiamo con le dita, cambiamo posizione. Anche in tali casi si tratta di stimoli che non sono l'espressione di rappresentazioni.

Difficoltà nella determinazione degli impulsi volitivi. — La forza e la rapidità con la quale gli stimoli volitivi si trasformano in azioni dipende, oltre che dalla loro propria forza, anche dalla grandezza delle resistenze che esse debbono vincere. Così sappiamo che lo spavento e la paura possono opporre ostacoli interni alla esecuzione della nostra volontà, ostacoli che siamo capaci di vincere solo con un grandissimo sforzo volitivo. Un simile aumento delle resistenze, un arresto *psicomotorio*, è forse il disturbo più importante di determinati stati depressivi della follia circolare. Gli infermi non sono più capaci neppure delle più semplici risoluzioni, si decidono penosamente ad ogni azione, non possono esprimersi bene, ma danno solamente risposte brevi, a monosillabi. Naturalmente si ha in tal modo un rallentamento e un

indebolimento molto pronunziato nell'azione. Solo azioni molto bene imparate possono ancora compiersi senza arresto; ugualmente una violenta emozione può vincere per una volta subitaneamente le resistenze. Inoltre si può di regola constatare che con sforzi continuati l'arresto può gradualmente diminuire. Nei casi più gravi la determinazione ad azioni volitive indipendenti può essere quasi completamente impossibile. Malgrado tutti i visibili sforzi gli infermi non possono pronunziare parola, non sono capaci di mangiare, di alzarsi, di vestirsi. Di regola essi risentono distintamente l'enorme péso che incombe su loro e che non sono in grado di vincere.

Per lo più questo disturbo suole sotto il nome di « *stupore* » essere compreso con altri che si rassomigliano solo esteriormente, tra i quali noi vogliamo menzionare il più importante: lo *stupore catatonico*. In esso la determinazione al movimento per sè stesso non è affatto difficoltata, come noi possiamo con grande facilità riconoscere in azioni occasionali che si succedono con grande rapidità e forza. Solo che in tali casi ogni stimolo determina subito un contro-stimolo, che è per lo meno di forza uguale se non maggiore. In tal modo ogni movimento viene soppresso all'inizio, specialmente quando è basato sopra una eccitazione esterna. Perciò vediamo spesso il movimento proposto o richiesto cominciare appena, ma subito venire interrotto o talora cambiato col movimento opposto. Sicchè in tali casi l'impulso non viene impedito da resistenze interne, ma viene semplicemente spento da un contr'ordine. Mentre gli infermi con arresto psichico si sforzano sempre a vincere la resistenza fin tanto che si stancano o riescono allo scopo, nella stupore catatonico è cambiato fin dal principio o poco dopo in un impulso opposto. Perciò in confronto all'arresto più sopra detto si può parlare qui di un « *veto* ». Appena questo veto cessa o che manca il contr'ordine l'azione si compie senza la minima difficoltà. Come noi in ciascun movimento muscolare mettiamo sempre in attività il muscolo antagonista, così evidentemente si ha subito accanto alla rappresentazione del movimento eccitato anche quella del movimento opposto che impedisce la determinazione del primo.

Pur questo veto volitivo vengono soffocate fin da principio numerose reazioni che si compiono nel sano in modo abituale senza un apparente intervento della volontà. Gli infermi non alzano lo sguardo se si parla loro, non rispondono al saluto, non prendono la mano loro offerta. Se si minacciano col coltello o si pungono con uno spillo sulla palpebra, tutt'al più si ritirano, ma non compiono le mosse logiche di difesa; essi rimangono coricati in posizioni incomodissime senza

cercare di accomodarsi meglio, stanno seduti per lunghe ore sotto gli ardenti raggi del sole, benchè possano con pochi passi mettersi all'ombra. Forse anche il cessare dell'ammiccamento palpebrale e del regolare inghiottire della saliva, il ritenere le feci, è da riportare al veto della volontà, alla soppressione degli impulsi naturali spontanei. L'intera condotta degli infermi acquista così per tali disturbi una impronta molto strana. Poichè le attese manifestazioni volitive che si riscontrano naturali nel sano non avvengono, la condotta appare non naturale, non libera, ma forzata.

Nel veto volitivo infatti non si tratta di una mancanza degli impulsi, ma bensì dell'equilibrio per impulsi opposti; osserviamo perciò in tali casi nella esecuzione di azioni non la debolezza caratteristica all'arresto volitivo, ma una tensione rigida che tradisce il giuoco delle opposte influenze. I movimenti mostrano una abbondanza di irradiazioni che si estende a tutti i gruppi muscolari interessati in modo quasi uguale; il movimento risulta da una prevalenza relativamente minima di un gruppo sopra quello opposto. Perciò il comportamento e il movimento sono rigidi e tesi. Non raramente osserviamo una oscillazione nella forza degli impulsi e dei contro-impulsi; ora dominano gli uni ora gli altri. Può aversi un subitaneo arresto ed ugualmente una continuazione subitanea del movimento iniziato; esso si compie a sbalzi, diviene goffo e sgraziato. Forse è il sentimento di tutti questi impedimenti che determina in questi malati la simultanea tensione di estesi territorii muscolari. Anche nella esecuzione di movimenti poco importanti viene messo in giuoco l'intero arto. In tal modo i movimenti divengono goffi e senza misura.

Facilitata determinazione degli impulsi volitivi. — Le impressioni del mondo esterno come fenomeni che si svolgono nel nostro interno producono in noi un grado più o meno alto di tensione volitiva, che tende a manifestarsi in vario modo. Una parte di queste azioni è sottratta all'influenza della volontà; però la massima parte può venire arrestata da sforzi volitivi. Dalla perfezione di tali poteri d'arresto dei quali disponiamo dipende perciò la maggiore o minore facilità con la quale impulsi insorgenti si cambiano in azioni. Il nostro sviluppo psichico porta con sè in generale un aumento dei poteri inibitorii; il bambino agisce rapidamente e immediatamente, mentre l'aumentato dominio sopra sè stesso rende l'uomo capace di sopprimere numerosi impulsi prima che divengano azioni. Il carattere particolare della donna con la sua aumentata eccitabilità emotiva suole a questo riguardo essere molto simile a quello del bambino.

La potenza coercitiva dei poteri inibitorii fallirà naturalmente tanto più presto quanto più forti saranno gli stimoli e più violenti i sentimenti dai quali provengono. D'altra parte noi conosciamo cause che facilitano addirittura lo svolgimento degli impulsi volitivi e quindi diminuiscono la capacità di resistenza contro il mutamento dell'impulso in azione. In grado minore ciò sembra valga anche per ogni attività psico-motoria. Con la continua esecuzione di movimenti noi giungiamo a un certo eccitamento che dimostra una diminuizione dei poteri inibitorii. Noi abbiamo già dimostrato come anche la morbosa inibizione volitiva diminuisce gradualmente con la stessa attività. Ancora più manifesto è forse l'aumento dell'eccitazione nei maniaci e nei catatonici, quando essi possono lasciare libero corso alla loro irrequietezza. L'esplosione non impedita dei loro impulsi li rende sempre più incapaci di dominarsi; da ciò dipende il successo sorprendente della cura del letto in contrapposizione al « lasciar sfogare ». Secondo risultati di esperimenti psicologici la sottrazione del sonno favorisce l'abolizione dei poteri inibitorii volitivi. A ciò corrisponderebbe l'osservazione fatta che l'insonnia permanente aumenta la eccitazione dei nostri infermi, quantunque in tali casi sia anche possibile una interpretazione inversa.

Una diminuzione molto funesta della inibizione viene provocata in modo assai esteso dall'azione dell'alcool. Se da una parte la condotta degli ebbri parla per un vero eccitamento, d'altra parte la facilità con la quale anche senza eccitamento si hanno azioni imprudentissime e pericolosissime, indica anche la perdita di quelle resistenze che rendono capace l'individuo sobrio di frenare i suoi stimoli. Tutti i motivi che hanno origine dalla educazione morale di tutta la vita perdono d'un tratto la loro potenza; tutti gli scrupoli, tutte le riflessioni tacciono quando per mezzo dell'alcool viene distrutta la padronanza di sè stesso. In grado meno rilevante simile azione dell'alcool sulla volontà si dimostra durevolmente nel bevitore per la diminuita capacità di resistenza contro le seduzioni di ogni genere. Simili mutamenti sono prodotti anche per l'uso momentaneo o abituale dell'etere e forse anche della cocaina.

La facilitata determinazione agli impulsi volitivi si riconosce inoltre quale permanente attributo di certe forme di predisposizione morbosa, specialmente della isteria. La vivacità del tono sentimentale non lascia in tali casi un grande campo alla preparazione logica delle azioni; quindi non raramente avvengono, in modo rapido e ad un tratto, azioni che portano in sè l'impronta dell'incomprensibile e dell'inopportuno: furti, frodi, auto-ferite. Anche in tali casi gli infermi si trovano spesso in un caratteristico bivio tra gli eccitamenti normali e le istintive influenze che invocano di esser messe in atto.

Aumento nella influenzabilità della volontà — Due sono le sorgenti dalle quali nascono le ragioni delle nostre azioni, cioè da cause esterne e da ben stabilite tendenze generali della volontà, il contenuto delle quali fu acquistato anche originariamente dalle esperienze della vita. Negli uomini normali ogni causa porta in verità solo all'azione, se non si contrappongono gravi contro-correnti che appartengono alla propria personalità. Tale relativa indipendenza della volontà dalle cause esterne forma la base psicologica della « *libertà volitiva* ». Solo i bambini, e in grado minore forse anche le donne, e inoltre anche le nature « volubili » si lasciano trasportare più dalle influenze del momento che da principi stabiliti, perchè o non li hanno ancora acquistati o non sono sostanzialmente capaci di possederli. Nel campo patologico la influenza determinante di durevoli tendenze volitive sulle azioni, viene impedita o distrutta dal semplice indebolimento della volontà, dall'aumento della eccitabilità psico-motrice e dalla presenza di impulsi morbosi. Il primo di questi casi è realizzato in tutte quelle forme della debolezza mentale originaria o acquisita che vanno unite a diminuzione dell'attività. Dove non esistono vigorosi motivi per l'azione, questa non viene determinata dalle generali qualità della personalità, ma da influenze casuali. Quindi si sviluppa una necessaria dipendenza della volontà da ogni possibile influenza, cioè una *determinabilità* morbosa. Poichè nessun piano indipendente costituisce una solida base all'azione, manca a questa un'intima unità e logicità. Nel modo più netto tale disturbo si manifesta nella paralisi progressiva. In tali casi una parola basta non raramente per condurre senz'altro il docile malato alle risoluzioni più contraddittorie.

Uno stato transitorio di *mancanza volitiva* con influenzabilità aumentata può essere prodotto con la *ipnosi* (1). In un grande numero di individui (80-90 %) si riesce, come è noto, con varii mezzi, specialmente facendo sorgere la rappresentazione dell'addormentamento, a provocare un cambiamento nella coscienza, nel senso che i processi psichici vengon posti in una dipendenza più o meno completa dalla volontà dell'esperimentatore. Nei gradi più alti di tali stati, che del resto non sono frequentemente raggiungibili, il contenuto delle percezioni può essere generato liberamente o mutato a piacere con la suggestione, e cioè con un forte eccitamento delle rappresentazioni, dei sentimenti e degli impulsi, con l'aiuto di parole o di adatte azioni. Inoltre possono venire inspirati al suggestionato con tutti i loro dettagli ricordi inventati, i quali vengono ulteriormente da esso elaborati, finchè anche le sue azioni e

(1) Forel, Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie, 4 Auflage, 1902.

perfino molte delle sue spontanee funzioni si trovano completamente sotto l'influenza delle suggestioni, le quali collegano, dominandoli, i suoi eccitamenti volitivi. L'ipnotizzato non può muovere le membra senza il permesso dell'ipnotizzatore; rimane nella posizione comandata e al comando commette senza riflettere azioni insensate e in alcune circostanze forse anche delittuose. In alcuni casi tale stato, mal caratterizzato col nome di *automatismo comandato,* perdura anche per un tempo più o meno lungo quando l'individuo è sveglio (possibilità di suggestioni post-ipnotiche), finchè la propria volontà riacquista la padronanza sul decorso dei processi psichici; a volte però, malgrado il completo ritorno allo stato di veglia, si possono determinare percezioni e azioni in un'epoca molto lontana, fino ad un anno dopo (*suggestion à échéance*). In tutti questi casi l'azione puntualmente eseguita appare al suggestionato stesso come il resultato di una determinazione propria; per lo più all'epoca determinata si fa sempre più chiaro l'impulso ad eseguire il cómpito assegnato, senza però che l'origine di questo impulso venga in qualsiasi modo alla coscienza come dovuta ad eccitamenti esterni. In alcuni casi il disturbo volitivo ipnotico può essere ottenuto anche senza una vera ipnosi, per lo meno senza un profondo offuscamento della coscienza, in uno stato di veglia apparente.

Se l'essenza di queste manifestazioni molto discusse è ancora sotto molti rapporti enigmatica, esse possono essere comprese in senso psicologico supponendo che si tratti in tali stati di una transitoria scomparsa di quella influenza conduttrice esercitata permanentemente sulla nostra vita psichica dalla volontà, sopprimendo o favorendo questi o quei processi della coscienza. La somiglianza degli stati ipnotici con gli stati sognanti è sotto questo punto di vista così evidente, che quasi non avremmo bisogno di ricordare il passaggio tanto spesso osservato tra ipnosi e sonno o viceversa, per ammettere una stretta parentela tra questi due stati. Anche nel sogno noi accettiamo ciecamente come pura realtà le percezioni e i legami rappresentativi più contraddittorî; inventiamo ricordi e dimentichiamo le più comuni osservazioni; commettiamo senza rimorso le azioni più inutili e abbiette per vederci arrestati d'altra parte sempre di nuovo in modo più penoso nella esecuzione delle nostre più semplici intenzioni. In questo caso il giuoco delle nostre rappresentazioni e dei nostri sentimenti, che è involontario o al massimo solo di tanto in tanto provocato da stimoli esterni, acquista la sua completa libertà con la scomparsa delle influenze determinanti; mentre nella ipnosi la estranea volontà entra, per così dire, dentro la nostra vita psichica e può regnarvi da padrona as-

soluta. Un simile esperimento, quello cioè di influenzare l'individuo sognante con mezzi esterni e di produrre con ciò senz'altro l'ipnosi, riesce a dir vero solo in circostanze molto favorevoli. Per lo più l'individuo dormiente si sveglia durante l'esperimento, se pure è accessibile all'influenza. L'ipnosi invece dura malgrado la percezione dall'esterno, essa non è altro che un lieve sonno, insieme con l'autosuggestione di non potersi destare senza l'aiuto altrui.

Una simile transitoria scomparsa della volontà la riscontriamo in alcuni stati morbosi. Con speciale frequenza si possono portare senza la minima resistenza gli arti degli infermi ad assumere una posizione qualsiasi, nella quale rimangono finchè non vengano altrimenti mossi, o fino a che non seguano, tremando, la legge di gravità per la forte stanchezza muscolare. Questo disturbo viene chiamato flessibilità cerea (*flexibilitas cerea*) o catalessia. Più raramente si riesce a suggerire agli infermi, facendo fare movimenti semplici e regolari, una ripetizione continuata di questi o di ottenere l'imitazione (automatismo imitativo, *ecopraxia*) di movimenti eseguiti vivacemente avanti ai loro occhi (rapido innalzamento delle braccia, battere le mani). In qualche caso si vede anche un infermo imitare penosamente tutto ciò che fa il suo vicino, compiere i medesimi movimenti, seguirlo con lo stesso passo.

Più frequentemente si osserva la ripetizione involontaria di parole suggerite, l'intreccio di parole casualmente ascoltate (*ecolalia*). In tali casi si può d'altronde dimostrare come gli infermi che apparentemente agiscono macchinalmente, elaborino le loro impressioni. L'infermo che ripete in modo ecolalico i numeri a lui detti, spiega nel medesimo modo coatto un problema aritmetico ugualmente suggerito, o torce il viso ad un smorfia di pianto, mentre ad un comando energico protende di nuovo sempre la lingua per farsela forare. Accenni di queste manifestazioni, specialmente della flessibilità cerea, vengono osservati occasionalmente negli stati più varii. Io la riscontrai nell'isteria, nella epilessia, nella mania, nella paralisi progressiva e nell'alcoolismo, in un ascesso cerebrale traumatico e in un enorme idrocefalo con emiplegia e in tali ultimi casi, per ragioni facilmente comprensibili, solo nella parte non paralizzata. Ma in modo molto più sviluppato si ritrova tutto il gruppo dei disturbi suddetti nella *dementia praecox,* specialmente in quelle forme che impareremo a conoscere sotto il nome di « catatonia ».

Anche la facilitazione patologica degli impulsi volitivi va congiunta ad una aumentata influenzabilità. La facilità con la quale i pensieri si cambiano in azione permette ad ogni nuova impressione, ad ogni

idea di diventare subito così potente da esplicare vittoriosamente la loro influenza sopra la volontà, pur venendo esse scacciate in seguito da altri stimoli. In tal modo si ha il sintoma dell'aumentata *facilità di distrazione* della volontà. Comune a questo disturbo e a quelli finora detti è *l'impotenza delle permanenti direzioni volitive* Però mentre nel caso dell'influenzabilità e nel caso della mancanza di volontà solo le influenze esterne hanno essenziale importanza per l'azione, in questi casi la volontà dipende anche da idee e stimoli interni sempre mutevoli. Noi riscontriamo specialmente questo disturbo, del quale abbiamo imparato a conoscere lo stato contrario nella facilità alla distrazione del processo rappresentativo, in certi stati di eccitamento maniaco e delirante. Quale durevole personale caratteristica la facilità della distrazione della volontà accompagna inoltre la disposizione isterica e le forme di debolezza mentale che sono in rapporto con essa.

Anche in tale caso ogni impulso che si cambia rapidamente e facilmente in azione viene scacciato molto presto da nuove risoluzioni. Sicchè l'agire dell'infermo acquista l'impronta della *incostanza* e della inconsideratezza. Risoluzioni subitanee e slanci capricciosi vanno e vengono; si arrestano a mezza strada e vengono facilmente scacciati da nuovi eccitamenti. L'esempio in buono e cattivo senso e quindi l'ambiente circostante acquistano una grande ma fugace influenza. Da questi casi per successivi passaggi si giunge a quelle personalità facilmente eccitabili che afferrano con entusiasmo, ma senza fermezza tutto ciò che è nuovo e non conducono nulla a fine, perchè il loro zelo è già svanito molto tempo prima di giungere allo scopo.

Affettazione e stereotipia — L'esecuzione di una azione semplice è dovuta in generale in modo univoco alla rappresentazione finale. Poichè i nostri movimenti sogliono essere fatti con la massima economia, noi cerchiamo di giungere allo scopo col minor consumo di forza, di spazio e di tempo. Se questo viene trasgredito in modo evidente, o se l'esecuzione della azione reca apertamente in sè l'impronta della inopportunità, si ha allora un disturbo dell'azione al quale provvisoriamente diamo il nome di *affettazione,* in cui la corrispondenza tra intenzione e azione viene impedita dalla inadatta insorgenza degli impulsi. Manifestamente si tratta in tal caso di un miscuglio di impulsi accessorii nel decorso naturale delle azioni. Anche nella inibizione volitiva eravamo giunti ad una simile supposizione. Se si vuole, l'inibizione può essere riguardata come un caso speciale, nel quale gli impulsi accessorii incrociano nelle più varie direzioni il primo impulso. La inibizione volitiva sarebbe dunque solo una forma speciale

del disturbo più generale che noi potremo chiamare *intrecciamento della volontà;* ambedue le manifestazioni morbose appartengono al campo della catatonia.

Gli impulsi accessori possono influire in diversissima guisa sull'azione. Quale caso più semplice deve forse essere considerata la frequente ripetizione degli eccitamenti volitivi insorgenti. Nella vita normale ciascun impulso appena ha raggiunto il suo scopo viene scacciato da altri eccitamenti volitivi che servono alla continuazione della azione logica. Ma dove la persecuzione sistematica di scopi determinati è lesa, e malgrado ciò esiste lo stimolo generale per le manifestazioni motorie, ciascun impulso una volta determinato ha grande facilità di essere di nuovo riprodotto, finchè le sue tracce ancora vivaci non vengono cancellate da nuovi motivi. Esso diviene per così dire accessorio e come tale interrompe la continuità del lavoro volitivo non sorretto da scopi ben determinati, e ad ogni ripetizione diviene più forte. Accenni di questo processo sono forse nella vita quotidiana i movimenti abituali, le parole riempitive, le frasi che intervengono sempre quando si arresta l'azione, la ripetizione senza fine dei medesimi sciocchi motteggi e delle medesime azioni da parte degli ubbriachi e dei bambini. In tali casi si tratta sopratutto di eccitamenti volitivi senza scopo. Nel campo patologico indichiamo questo disturbo col nome di ***stereotipia***, nome dato da KAHLBAUM. A seconda che questa è dovuta alla inibizione o all'incrociamento volitivo, si ha ora tensione di lunga durata di determinati gruppi muscolari, ora frequente ripetizione dei medesimi movimenti; nel primo caso gli infermi, malgrado tutte le influenze esterne, mantengono per settimane, mesi, anni una posizione senza quasi variarla; essi rimangono nella stessa posizione spesso molto incomoda, sempre nel medesimo angolo, sono inginocchiati sempre allo stesso posto o giacciono in letto con le membra tese e la testa sollevata, sicchè senza difficoltà possono essere sollevati afferrandoli per il braccio rigidamente flesso. Altri tengono serrato tra i denti un lembo del lenzuolo, stringono con le dita il padiglione dell'orecchio, serrano convulsivamente nelle mani un pezzetto di pane o un bottone strappato dal vestito. L'espressione del viso è del pari rigida, a mo' di maschera, la fronte è stirata in alto come negli individui meravigliati, l'ammiccamento è quasi abolito; gli occhi sono ora largamente spalancati, ora strettamenti chiusi, i bulbi oculari spesso in posizione laterale, le labbra avanzate a punta (« crampo del muso »).

Naturalmente le stereotipie motrici (movimenti coatti) presentano forme molto più svariate: gli infermi fanno capitomboli, bussano in modo

ritmico, passeggiano in atteggiamenti strani, saltellano, si alzano, cadono giù, si rotolano e strisciano al suolo, fanno movimenti ritmici affettati e leziosi con le braccia, fanno l'altalena, si cullano, attingono acqua, si girano intorno, si tirano i vestiti o i capelli, digrignano o battono i denti. Tutti questi movimenti possono ripetersi innumerevoli volte, talora anche per settimane e mesi. Per lo più è del tutto impossibile impedire agli infermi i loro movimenti; quindi essi si affaticano senza riguardo e non raramente si feriscono. Appunto le trasformazioni di quotidiani e abituali movimenti e azioni per opera di stimoli accessori mostrano, tanto nella vita normale quanto nella vita patologica, una grande tendenza a diventare stereotipi. Specialmente il parlare suole dimostrare tale tendenza. Gli infermi bisbigliano, grugniscono, parlano con affettata purezza di lingua in dialetto esagerato, parlano in falsetto, con cadenze determinate, con articolazioni ritmiche, sbagliano e cambiano alcuni suoni, usano una quantità di parole diminutive, di aggettivi caratteristici, ripetono a viva voce o per iscritto innumerevoli volte le medesime parole e frasi, fischiano o canticchiano sempre alcune frasi musicali, piangono melodiosamente. Noi indichiamo tali capricci col nome di *maniere*: parlare manierato, mangiare manierato, camminare manierato, salutare manierato, ecc. Per quanto multiformi, esse ritornano però spesso con sorprendente simiglianza in malati differentissimi; d'altra parte è certa anche la loro origine da un comune disturbo fondamentale. Tali fatti formano nella grande massa dei casi avanzati gli ultimi impressionanti rimasugli delle passate manifestazioni morbose e permettono spesso senz'altro la diagnosi retrospettiva.

Negli stati terminali della catatonia riscontriamo in alcuni casi una forma di stereotipia che difficilmente e complessivamente ha caratteri simili alle forme suddette. Si tratta di *movimenti ritmici,* caratterizzati specialmente da ondulare del corpo sia in posizione seduta che eretta, far cenni con il capo, battere le mani, emettere suoni, soffiare, fischiare. Tali manifestazioni sono sempre i sintomi della completa abolizione degli eccitamenti volitivi. Esse vengono ugualmente riscontrate nella idiozia più grave. Tali movimenti ritmici ricordano quelli di alcune bestie. Perciò si può supporre che siano la manifestazione di determinate strutture più basse del nostro sistema nervoso, le quali, a causa della distruzione delle più elevate attività, acquistano un'influenza autonoma sui movimenti.

Nella stereotipia lo sviluppo delle manifestazioni volitive non progredisce. I malati, anche quando si trovano in vivace attività, si aggirano, per così dire, sempre in un cerchio senza raggiungere uno scopo.

Di fronte a questi stati, in una successiva forma dell' incrociamento volitivo, si producono stimoli accessorî che hanno il significato di adornamenti e di *rigiri* della azione stabilita; questa si ha finalmente, ma in modo indiretto con varie aggiunte e cambiamenti. Gli infermi camminano sgambettando o solennemente, a sbalzi, saltando, sulla punta dei piedi o tenendo il corpo iperesteso, trascinano un piede, danno la mano facendo un arco col proprio braccio, con mossa repentina o con una scossa rigida, toccano la mano loro offerta solamente col mignolo o con il dorso della mano, allargano le dita o torcono le braccia. Nel mangiare prendono il cucchiaio per la estremità, dividono la verdura in piccoli mucchi, strofinano l'orlo del piatto, si stuzzicano i denti con la forchetta, tra due bocconi contano fino a sette o recitano un verso; il latte viene bevuto a piccolissimi sorsi e con lunghe pause. Le diverse parti del letto sono ordinate in modo caratteristico, la coperta al disotto; il cuscino o il materasso vengono usati come coperta; i vestiti vengono indossati alla rovescia, abbottonati in modo strano, la camicia indossata sopra il corpetto, le gonne rialzate sopra la testa. Forse anche sono da ricordare a questo punto le « smorfie » che questi infermi fanno frequentemente.

Da queste strane manifestazioni nell'agire si giunge, per successivi passaggi, a quei disturbi che secondo la giustissima denominazione data da Schüle, debbono essere considerati quali « *deviazioni* della volontà ». L'azione che si ha intenzione di fare non viene affatto compiuta, perchè gli impulsi, prima di raggiungere lo scopo, prendono un'altra direzione. L'infermo che afferrava il cucchiaio per mangiare, dopo averlo rigirato tra le mani diverse volte, lo rimette al suo posto; la tazza che era stata portata alla bocca per bere è ad un tratto rovesciata dall'infermo e rimessa sul tavolo; la mano stesa per salutare viene ritirata a mezza strada e viene messa in tasca; l'infermo che si lamenta e al quale scorrono le lagrime sulle gote atteggia ad un tratto il viso ad un lieto sogghigno (« paramimie »).

Anche nel parlare si osserva spesso che i malati rimangono sempre all'inizio del discorso, ricominciano sempre di nuovo invano il discorso stesso e finalmente perdono di vista in modo completo il fine. Essi cominciano a dire una frase qualsiasi, subitamente s'interrompono e continuano la frase sotto un'altra forma e con pensieri del tutto diversi, a metà di questa ritornano al punto di partenza, per poi seguire di nuovo altre direzioni, ecc. In tal modo si ha appunto quel disturbo che noi abbiamo imparato a conoscere antecedentemente col nome di « confusione ». Spesso il legame con una rappresentazione o con una domanda determinata è riconoscibile. Gli infermi con nuovo giro di parole ripetono sempre ciò che hanno detto e che sta in relazione con

la rappresentazione o la domanda, senza però giungere ad una chiara espressione ideativa. Tale modo di parlare con mille rigiri è spiegato bene dall'esempio seguente: Un infermo rispondeva alla domanda « che cosa faceva? »

Io non ho osservato per lungo tempo ciò che era; allora io ho visto che questo è l'affare Humber, ella sa signor Dottore e ciò è durato fino ad ora. Vede io anche non so come ciò è; è singolare; vi è in ciò una grande parte di frivolezza; viene un po' troppo spinto innanzi nel rischiaramento e con ciò si deve sempre soffrire. E poi questa attenzione in questo affare ci viene donata e ci tocca; e poi adagio adagio si insinua.

Gli impulsi incrocianti la volontà possono avere un contenuto del tutto estraneo e possono non essere in relazione con una qualsiasi rappresentazione finale. L'infermo subitaneamente solleva per di dietro il suo vicino, si siede sul bordo della vasca da bagno, si tocca l'ano con le dita, si mette a capo sotto, defeca sul tavolo. Non raramente tali fatti, che in alcune circostanze possono essere molto pericolosi, vengono eseguiti con forza impulsiva. Dal miscuglio di questi impulsi multiformi ha origine la caratteristica incomprensibilità della condotta catatonica, la mancanza spesso completa di una intima relazione delle singole manifestazioni volitive tra di loro e con la situazione, la insensatezza e l'inutilità di tutti gli atti e di tutti i discorsi accanto ad una quasi completa lucidità psichica.

In questi deviamenti si ha spesso la impressione come se le originarie rappresentazioni finali venissero respinte da uno sforzo per eseguire la risoluzione stessa. Noi vediamo gli infermi adoperare con grandissima fatica la loro volontà in casi nei quali con un piccolo giro potrebbero giungere allo scopo senza fatica. Il catatonico che corre pazzamente contro una porta chiusa non lascia la camera passando attraverso la porta vicina che è aperta, e per lo più non adopera neppure la chiave che ha in mano, ma aspetta che quella porta venga aperta da qualcuno. Da simili osservazioni si potrebbe concludere che in tali casi non si desidera giungere allo scopo che noi supponiamo, invece si vuole solo il mezzo. È però difficile che ciò possa fin da principio essere esatto. Invece è più probabile l'ipotesi che il primo impulso per giungere allo scopo abbia immantinente fissato la tendenza volitiva. Il malato si smarrisce, a quanto sembra, nella sua prima intenzione, sicchè nessuna successiva riflessione è capace di distoglierlo dalla via presa.

La concezione qui esposta della strana condotta catatonica la mette in una certa relazione con le manifestazioni della parafasia e specialmente della parapraxia, in quanto anche in questi disturbi si tratta di una specie di deviamento degli impulsi, la quale ha per conseguenza l'in-

sorgere di manifestazioni pazzesche, incomprensibili, contrarie allo scopo. Però in questi casi è solo l'esecuzione delle azioni che non riesce, gli infermi vogliono giungere al loro scopo, ma non trovano la via giusta per arrivarci. Nella stranezza catatonica invece il disturbo non è nel campo della azione, ma in quello della volontà stessa. L'organo obbedisce senza fallo agli impulsi, ma questi vengono respinti e incrociati prima che sia raggiunto lo scopo; gli infermi sono incapaci di volere ciò che è opportuno.

Diminuita influenzabilità della volontà. — Nella discussione sull'inibizione noi abbiamo veduto come, in determinate circostanze, ogni impulso motorio può essere reso inefficace immediatamente da un impulso opposto. La morbosa inibizione volitiva è tuttavia solo una manifestazione parziale di un disturbo più generale, di una impulsiva resistenza ad ogni influenza esterna sulla volontà, di quello cioè che Kahlbaum ha chiamato *negativismo*. Tale stato si manifesta col sottrarsi alle impressioni esterne, con la inadattabilità ad ogni relazione personale, con la resistenza contro ogni invito, che può giungere fino alla esecuzione regolare di azioni opposte (negativismo al comando) e finalmente con la soppressione dei bisogni naturali.

In tal modo l'attività si manifesta con fatti contrari a ciò che si ha nell'agire normale. Gl'infermi si racchiudono rigidamente in sè stessi durante l'esame; stringono i denti se devon mostrare la lingua, strizzano gli occhi appena si vogliono esaminare le pupille, guardano da una parte appena si comincia ad occuparsi di loro. Non ricambiano il saluto, retrocedono se vengono avvicinati, si nascondono, si mettono sotto le coperte, si avvolgono, non stendono la mano o la ritirano prima che sia stata toccata. A tutte le domande rimangono muti *(mutacismo)* od escono in espressioni senza alcuna coerenza; questo è un disturbo che viene denominato « paralogia ». A violenze esterne oppongono grandissima resistenza, ma quasi sempre puramente passiva, non si lasciano nè vestire, nè spogliare, nè fare il bagno, nè curare. Si oppongono anche con grande vivacità alla alimentazione, lasciano che i cibi rimangano per lungo tempo sul tavolo e divengano freddi, e poi ad un tratto si lanciano con avidità sul cibo. Chiedono lamentevolmente l'acqua per poi gettarla appena viene loro portata. Spesso le feci e le urine vengono ritenute con grande fatica, specialmente se l'infermo viene portato al cesso; però appena gl'infermi vengono ricondotti a letto l'intestino e la vescica vengono subito vuotati.

Secondo la mia opinione non v'ha dubbio che tale contegno negativistico degli infermi non sia assolutamente da riportarsi a determinati motivi logici. Facendo astrazione, da rare eccezioni nelle quali

posteriormente vengono riferite come movente del tutto insufficiente per la condotta pazzesca alcune rappresentazioni o allucinazioni, si sente dire regolarmente dagli infermi che essi stessi non si potevano dar conto di quello che facevano, ma che semplicemente dovevano fare così. Apparentemente si tratta in tal caso di un mutamento patologico degli stimoli volitivi che avviene repentinamente. Però il disturbo dell'attività è solo involontario, ma non incosciente; ciò risulta dalla elaborazione psichica delle influenze esterne. Gli infermi si mettono a giacere nei letti altrui, mentre fuggono dal proprio; disprezzano il loro cibo, che forse è migliore, per impadronirsi con l'astuzia o con la forza di quello dei loro vicini. La origine psichica del disturbo si comprende in modo più distinto nei casi, benchè non troppo frequenti, nei quali si ha un negativismo al comando. Simili malati restano coricati se loro si comanda di alzarsi, ritornano se debbono andar via, tacciono subito quando si ordina loro di cantare, e viceversa.

La comprensione di queste manifestazioni morbose molto impressionanti viene forse facilitata dall'osservazione che il negativismo e la mancanza di volontà si trovano non solo di regola nello stesso infermo, ma anche col mezzo di piccoli artifici si possono cambiare non raramente l'uno nell'altro. Così si riesce facilmente a cambiare la catalessi in rigidità, l'opposizione negativistica in automatismi imitativi; e tra questi s'introducono spesso ad un tratto impulsi subitanei. Perciò si può facilmente supporre che le manifestazioni, dapprima così diverse, abbiano una radice profonda comune, laddove pare che sia diminuita l'influenza regolante e *direttiva* che esercitano sopra la condotta durevoli scopi e inclinazioni volitive. Sicchè, ora per spinte esterne, ora per influenze insorgenti, viene aperta la strada per poter influire sulla volontà. Anche l'insorgere dell'inibizione, che ricorda la testardaggine dei bambini e di alcuni animali, viene in ogni modo favorita dall'indebolimento degli impulsi volitivi normali. Forse in questa impulsiva resistenza si presenta un tratto più profondo della nostra vita psichica che nello sviluppo più elevato viene ricoperto, ma che acquista di nuovo il suo predominio nello stato patologico.

Molto fequentemente si presentano i disturbi volitivi suddescritti nella catatonia. Meno evidenti ne riscontriamo qua e là nella paralisi progressiva, talora anche nella demenza senile e quindi in tutte quelle forme della pazzia a cui già, coi mezzi di cui ora disponiamo, possiamo assegnare come fondamento gravi alterazioni della corteccia cerebrale.

Il negativismo catatonico non deve venire scambiato con la *resistenza* che presentano i malati ansiosi. Anche in questi ultimi si manife-

stano resistenze ad ogni azione esterna. Però la resistenza ansiosa trae la sua origine da determinati sentimenti e rappresentazioni. Si hanno perciò sempre più o meno utili movimenti di difesa e di protezione, come il fuggire, il retrocedere, il nascondersi, oppure attacchi disperati. Negli infermi ansiosi noi siamo in grado con parole gentili, di vincere gradualmente la resistenza; questa principia già prima dell'influenza esterna e diventa tanto più forte quanto più il nostro avvicinarsi sembra sospetto al malato. La persuasione dell'infermo negativistico non ha invece alcuna influenza; la sua resistenza comincia solo, ma sicuramente, appena viene eccitato un movimento, pur non avendo questo alcuna relazione con un possibile pericolo. Al contrario gli infermi sopportano generalmente senza ribellarsi palpazioni semplici, anche se brusche, di parti anche molto sensibili, per esempio degli occhi, perchè non è appunto la paura o alcuna altra determinata riflessione che forma la base della loro condotta, ma un disturbo diretto della volontà. Perciò anche i movimenti spontanei degli infermi ansiosi sogliono essere molto più liberi e opportuni di quelli che si presentano negli infermi con negativismo.

Più vicina al negativismo dovrebbe stare l'*ostinazione,* la quale non raramente riscontriamo molto sviluppata in diversi stati morbosi, specialmente nella imbecillità, nella epilessia e nell'isteria, nella paralisi progressiva e nella demenza senile. Anche in tali casi una risoluzione viene tenacemente mantenuta, benchè per le condizioni cambiate essa appaia ad un osservatore che vede più lontano molto inopportuna e forse anche dannosa. Noi vediamo infatti a volte che, malgrado le migliori disposizioni, riesce impossibile cambiare la direzione volitiva presa. Tuttavia l'azione ostinata suole avere il suo punto di partenza da certe riflessioni, sebbene queste in seguito scompaiano. Inoltre la ostinazione patologica è per lo più, fino ad un certo grado almeno, transitoriamente accessibile alla persuasione, alla influenza dovuta alle rappresentazioni ed agli eccitamenti sentimentali, e finalmente è accompagnata di regola da umore inquieto e irritabile, che porta non solo alla resistenza, ma anche alle difesa vigorosa contro violenze brutali. Molto distinta diviene tale differenza dal negativismo in quei casi nei quali gli infermi si oppongono con la massima ostinatezza ad ogni disposizione, anche molto logica e benefica. Quando esiste questa generale intrattabilità, gli infermi son sempre pronti all'ingiuria e alla lotta, anzi spesso sono dominati da rappresentazioni deliranti ostili sebbene confuse, e ciò in contrapposizione alla imperturbabilità dell'infermo negativista, che solamente si oppone, si difende di rado, ed ancora più raramente attacca.

Perfezionandosi la individualità psichica indipendente si sviluppano, come abbiamo veduto, alcune durature tendenze volitive, le quali ci rendono indipendenti da influenze casuali. Se tali tendenze volitive s'irrigidiscono troppo, possono determinare allora un completo *imprigionamento* della volontà, sicchè non si ha più libertà di risoluzione, fatto che in date circostanze raggiunge il campo patologico. L'inflessibile ostinazione del querulante è un esempio di ciò. Essa fa sacrificare alla propria volontà ogni bene, l'onore e la libertà, nello stesso modo come avviene nei convinti propugnatori di grandi idee, ma la meschinità dello scopo non sta, per chi rifletta razionalmente, in relazione con lo sciupio di energia. Una limitazione più facile ad osservarsi della libertà psichica è data dalla *pedanteria,* cioè dall'irrigidimento nelle abitudini della vita. La scrupolosa educazione di sè stesso obbliga in tali casi ad osservare strette regole, anche quando scopi più alti richiederebbero di trascurarle. Nelle manifestazioni morbose tale qualità fiorisce nel campo della predisposizione epilettica.

Azioni coatte. — Con questo nome vogliamo indicare quelle azioni che non hanno origine dai pensieri e dai sentimenti normali, ma vengono eseguite dall'infermo contro la sua volontà e malgrado viva resistenza interna. Un certo aiuto per comprendere tali disturbi è dato dalla nostra osservazione della vita normale, cioè che in determinate occasioni, trovandoci noi sull'orlo di un abisso o sopra un ponte, insorge l'idea di precipitare noi stessi o i nostri compagni; oppure di commettere una azione ridicola o inopportuna in occasioni solenni, di gridare tutto ad un tratto « al fuoco » mentre si è al teatro, ecc. In realtà ciò non viene messo mai in esecuzione e tutto si limita alla rappresentazione può o meno chiara di ciò che avverrebbe se noi commettessimo una tale azione.

Nella predisposizione morbosa a tali rappresentazioni si può aggiungere il timore molesto di realizzare tali azioni. Questi timori, che abbiamo anteriormente descritti, dànno luogo a varie *azioni protettrici,* alla effettuazione delle quali gli infermi non si possono in alcun modo sottrarre. La varietà di queste è ancora, se è possibile, più grande di quella dei timori. Gl'infermi evitano ogni possibilità, per quanto lontana, di commettere l'azione temuta: sfuggono il coltello che vedono (sul tavolo) per non uccidere con esso sè stessi o i. loro figli, si fanno legare solidamente, richiedono certificati scritti che dicano che non hanno commesso nulla e li imparano a memoria. Dalla fobia del contatto proviene l'incoercibile lavarsi e pulirsi, che può raggiungere gradi elevatissimi; dalla paura dei vestiti avviene che i ma-

lati portino gli abiti vecchi fino all'estremo, dalla paura della carta la raccolta di ogni sorta di biglietti e pezzetti di carta. Una delle mie inferme che sempre temeva di avere promesso qualche cosa, doveva sempre protestare con il suo pensiero bisbigliando; un altro infermo doveva adoperare contro i suoi timori ogni possibile frase difensiva e mezzi di aiuto superstiziosi.

Si riconosce facilmente come in tutte queste azioni che i malati debbono eseguire contro la loro persuasione e contro la loro volontà, non si ha a che fare esclusivamente con una semplice coazione. Lo stimolo all'azione non si produce direttamente come tale, ma si sviluppa solo come conseguenza del timore patologico. Esse in certo modo sono azioni di legittima difesa, delle quali gli infermi comprendono in generale perfettamente la ridicolezza e la insensatezza; malgrado ciò esse vengono sempre ripetute, perchè secondo l'esperienza producono un sollievo momentaneo.

In tali casi si hanno a tratti, a quel che sembra, anche azioni coatte in stretto senso, nelle quali l'impulso coattivo insorge in maniera indipendente, senza che stia in relazione con veri timori. In parte si tratta certamente in tali casi dei resti di precedenti azioni protettive delle quali è andata perduta gradualmente la relazione con i timori. A queste appartengono il pronunciare certe formule di scongiuro, movimenti e abitudini strane, toccamenti simmetrici e ripetuti per un numero pari di volte, che originariamente hanno un determinato significato. Per altri impulsi sembra però che manchino questi legami, come p. e. nell'impulso a pronunciare parole ingiuriose e oscene. Se però le azioni alle quali l'infermo si sente stimolato sono pericolose, allora a loro volta gli impulsi sono causa di timore; in tali casi è di regola impossibile poter dire se si sia trattato primitivamente di stati angosciosi o di impulsi coatti. Però anche azioni del tutto indifferenti, come il muovere un oggetto qualsiasi, si possono imporre in modo impetuoso. Se si cerca di vincere l'impulso si determina vivace irrequietezza, che sparisce solo con l'esecuzione dell'azione e quindi viene surrogata dalla vergogna di essere stato vinto. Nelle azioni che si compiono con completa riflessione non sembra avvenga una assoluta coazione della volontà riluttante, oppure ciò avviene molto raramente. Tutti questi disturbi si manifestano nei quadri morbosi della disposizione psicopatica.

Non raramente anche i catatonici dicono di essersi sentiti forzati a compiere le loro strane azioni. Essi non volevano fare quella tal cosa, ma non poterono fare altrimenti; furono spinti a far ciò; si

fece in modo che essi lo dovevano fare. In tali casi però i malati soggiacciono di regola agli impulsi senza lotta, senza intima resistenza. Perciò manca completamente una caratteristica essenziale delle azioni coatte, cioè l'intima discordia e il sentimento di essere soggiogato. Neppur quando i malati dicono che l'azione è stata loro suggerita, che non ha avuto origine dalla loro propria volontà, essi risentono il loro agire quale una sconfitta.

Azioni impulsive. — La forza di uno stimolo volitivo dipende in generale dalla vivacità dei sentimenti che formano il movente di esso. Più intensamente degli altri agiscono i sentimenti di origine sensoriale, quali il dolore, la fame, la sete, gli eccitamenti sessuali, che spesso imperiosamente ci spingono a commettere determinate azioni. Quanto più violenta è la scossa emotiva, quanto più forte è lo stimolo ad agire, tanto minore è l'influenza della riflessione e tanto più difficile l'inibizione della azione che si sta preparando. Intensi eccitamenti passionali, come è noto, inducono talora nell'uomo sano un offuscamento della coscienza più o meno pronunciato. Tuttavia noi siamo per lo più capaci di moderare la violenza troppo grande delle emozioni, che è ancora caratteristica nel bambino, e con ciò di mantenere il dominio del nostro intelletto sopra le azioni.

Nei malati di mente, corrispondentemente alla frequenza dei sentimenti vivaci e ai profondi disturbi della volontà, le azioni impulsive con grande intensità degli impulsi e con poca chiarezza delle rappresentazioni finali occupano un campo molto più vasto (« impulsività »); tali manifestazioni si riscontrano nei più diversi stati di eccitamento. Anche lo stimolo ad agire dei maniaci è forse da riguardarsi sotto questo punto di vista. Sotto questa rubrica si debbono mettere anche alcune azioni degli epilettici che sono state chiamate con diversi nomi (dromomania, poriomania, *fugues, automatisme ambulatoire)*, i delitti sessuali, (esibizionismo, attentati sessuali), la dipsomania. Ugualmente può dirsi forse delle svariate azioni patologiche di molti isterici, delle loro autolesioni, dei loro furti e dei loro inganni. La condotta di tutti questi malati si distingue dalle azioni coatte per il fatto essenziale che gli impulsi insorgenti non vengono registrati sul momento quali impulsi coatti, bensì quali manifestazioni naturali del loro completo stato psichico.

Nel novero delle azioni impulsive sono forse da comprendere gli scopi volitivi già ricordati dei catatonici, benchè non siano basati sopra un determinato sentimento piacevole o spiacevole, ma sopra un potente originario stimolo motorio. L'infermo è in tali casi dominato dalla co-

scienza di dover fare questo o quello, e ciò senza una chiara giustificazione, senza riflessione, sebbene anche a volte con la distinta percezione della insensatezza del proprio agire. In qualche caso insorge forse anche la rappresentazione che le membra vengano messe in moto da una invisibile potenza, da Dio, dal diavolo, da influenze elettriche. Non si parla però di una resistenza all'impulso, di una lotta; invece l'infermo esegue ciecamente le sue idee. In tal modo si hanno numerose, sbagliate, strane e spesso anche pericolose azioni, che malgrado la loro grande diversità offrono certi tratti comuni. A queste appartengono i caratteristici esercizii di forza, i capitomboli e i salti, il cantare, il gridare, il rompere, lo spogliarsi, i subitanei attacchi, la coprofagia, gli insensati tentativi per strangolarsi, per spaccarsi la bocca, per cavarsi gli occhi, strapparsi la lingua e il laringe. Caratteristica di queste azioni impulsive è, oltre alla mancanza di ogni motivo ragionevole, l' estrema rapidità e violenza dell'esecuzione, che senza alcun riguardo vince ogni ostacolo, mentre al contrario nelle azioni coatte basta già un piccolo sostegno della normale forza di resistenza che si esplichi, per determinare la vittoria di questa.

Tendenze patologiche. — Il bisogno più importante per la conservazione dell'individuo, il *bisogno di nutrimento*, presenta frequenti disturbi nei malati di mente. Il rifiuto del cibo è una manifestazione del tutto usuale in tutti gli stati depressivi semplici o con ansia, ed anche nello stupore catatonico; vero è che nei primi stati suddetti non dipende sempre dall'assenza dello stimolo naturale, ma da rappresentazioni deliranti o dal desiderio di morire. D'altra parte dagli idioti, dai paralitici, dai catatonici, vengo divorate spesso non solo quantità incredibili di alimenti, ma spesso sostanze non commestibili e schifose, come sabbia, sassi, alghe, sterco, animali vivi. In tal caso non è possibile parlare di un semplice aumento degli stimoli normali, ma si tratta indubbiamente di contemporaneo deviamento del desiderio. Lo stesso può dirsi per le ben note voglie subitanee e insorgenti con grande potenza nelle gestanti e nelle isteriche. Bernstein riferisce di una malata che mangiava impulsivamente carta e sabbia, e che fu dovuta sottomettere ad una vera cura protettiva. A tal punto vogliamo ricordare le diverse « *manie* », cioè l'impulsivo desiderio per medicamenti e alimenti. Nella maggioranza dei casi è l' azione gradevole o l' insorgere di fenomeni di astensione che dà luogo al desiderio; ma esistono anche manie, nelle quali tali circostanze non hanno alcuna parte. Per rischiararle serve l'osservazione che la tendenza all'abuso dei rimedi è, in regola generale, molto comune, e contemporaneamente si manifesta in diverse direzioni, quindi rappresenta una disposizione personale.

Nel modo più diverso si sviluppa tutta una serie di deviazioni patologiche nel campo degli *stimoli sessuali,* che recentemente con molta esattezza sono state trattate nelle loro più diverse varietà. Semplice *diminuzione* degli appetiti sessuali si riscontra negli stati depressivi dei morfinisti, in alcune forme della debolezza mentale originaria e nella predisposizione isterica. Al contrario gli stimoli sessuali sono *aumentati* già precocemente e grandemente in altri casi di idiozia e di degenerazione originaria; e allora si ha regolarmente l' onanismo. L' aumento del bisogno sessuale accompagna anche, in grado più o meno pronunciato, la eccitazione maniaca e catatonica; però molto raramente si manifesta con attentati sessuali, per lo più con discorsi a doppio senso, con ingiurie, con imputazioni oscene, con la masturbazione praticata con maggiore o minore riguardo, nelle donne anche con denudazioni senza alcuna vergogna, con grandissima sporcizia o con continui lavacri fatti con acqua, saliva, urina, col pettinarsi e sciogliersi i capelli; nelle forme più leggere con abbellimenti e civetterie, con cambiamenti nel contegno che diviene provocante o pudico o sdolcinato, con strette di mano, con lo scrivere lettere, con sguardi eloquenti. A queste graduali sfumature si aggiungono in quantità quasi non distinguibili, varî deviamenti dei bisogni sessuali, nei quali la soddisfazione sessuale viene ricercata per vie inopportune. Lo stato più conosciuto di queste deviazioni è la cosidetta *inversione del sentimento sessuale* (1), disturbo che mette il senso della voglia sessuale in contrasto inconciliabile con la predisposizione somatica dell'uomo e fa trovare la soddisfazione sessuale solo nel proprio sesso. Noi avremo occasione di parlare dettagliatamente nella parte clinica di questa forma della pazzia degenerativa, che per lo più si manifesta molto precocemente.

Al contrario possiamo ricordare qui quel disturbo molto caratteristico dello stimolo sessuale, al quale, dal nome del famoso romanziere francese Marchese De Sade (2), si è dato il nome di « *Sadismo* ». In tal caso si tratta dell'insorgere del senso di voluttà sessuale per mezzo di azioni crudeli. Gli individui in questione cercano o di aumentare la attrazione dell'unione sessuale con maltrattamenti più o meno gravi, oppure l'azione crudele per sè stessa eccita già la completa soddisfazione sessuale anche se manchino tutte le normali precedenti condizioni per l'eccitamento sessuale. L'ultimo caso rappresenta verosimilmente solo un

---

(1) Havelock Ellis-und-Symonds, *Das conträre Geschlechtsgefühl, deutsch v.* Kurella. 1896; Raffalovich, *Uranisme et unisexualité,* 1896; Bloch, *Beiträge zur Ëtiologie der Psychopathia sexualis,* 1902.

(2) Dühren, *Der Marquis de Sade und seine Zeit* 1900.

ulteriore grado di sviluppo patologico del primo. Ciò che nel primo caso non era che un mezzo accessorio e forse anche superfluo, è nel secondo divenuto di ordine capitale, venendo così ad occupare il posto del vero fatto *principale,* l'unione sessuale. Infatti si riscontrano tutte le numerose forme di passaggio dalle più lievi deviazioni, che sono ancora nei limiti del normale, fino alle più gravi aberrazioni patologiche che richiedono la vita delle vittime.

Innanzi tutto tra le manifestazioni sadistiche stesse debbono considerarsi in prima linea le flagellazioni sul corpo denudato che spesso servono di aiuto e di preparazione per l'eccitamento sessuale. Queste servono molto raramente, e forse solo nei casi indubbiamente patologici, quale vera surrogazione del coito. Similmente può dirsi delle tendenza a pizzicare e a mordere. Il ferire col pugnale e con il coltello è una forma di soddisfazione sessuale che di tempo in tempo e stata osservata nei « feritori di ragazze ». Gli infermi cercano di avvicinare belle giovanette per far loro col pugnale o col coltello, di cui spesso essi hanno una grande collezione, una ferita sanguinante, ma non pericolosa, ciò che procura loro un vivace senso di voluttà. Ancora più avanti si trovano quei malati che cercano la soddisfazione sessuale con il tormento e con la uccisione di animali. In grado più avanzato si hanno gli assassini stupratori, i quali strangolano la loro vittima prima o dopo l'atto sessuale e poi magari la squartano, la lacerano, la fanno a pezzi. In tali casi può dimostrarsi a volte una vera « sete di sangue », che conduce fino a succhiare le carni della vittima e alla vera antropofagia. Ovunque i veri atti sessuali possono mancare completamente, malgrado il violento eccitamento sessuale. Come una varietà degli assassini stupratori debbon essere considerati gli stupratori di cadaveri, fortunatamente molto rari; tra i quali il sergente francese Bertrand ha acquistato una trista celebrità, perchè, stimolato da una irresistibile voglia sessuale, con grandissima abilità disseppelliva i cadaveri recentemente sotterrati, violandoli poi e facendoli a pezzi.

Il contrario del Sadismo è dato in certo modo dalla mania descritta da v. Krafft-Ebing sotto il nome di « *Masochismo* », che consiste nell'aumentare o nel determinare la soddisfazione sessuale sopportando un dolore. Tale nome è stato preso dallo scrittore Sacher-Masoch, il quale descriveva nei suoi romanzi con grande predilezione questo caratteristico fenomeno. Per il fatto che in ambedue queste manifestazioni, Masochismo e Sadismo, esiste l'unione del dolore con la voluttà v. Schrenk-Notzing ha proposto il comune nome di « Algolagnia » (lussuria del dolore); il Sadismo sarebbe l'Algolagnia attiva e il Masochismo la passiva.

Anche nel Masochismo noi riscontriamo innanzi tutto la produzione dell'eccitamento sessuale con la flagellazione, ma questa in tal caso è *passiva*. Gli sgradevoli effetti accessori delle correzioni educative, specialmente le battiture sulle natiche, sono già da tempo noti; come pure il risveglio della diminuita capacità sessuale per simili artifici. Anche la setta dei flagellati ha forse avuto una delle sue radici nell'azione sessualmente eccitante delle frustate. Nel campo patologico si riscontrano casi nei quali l'eccitamento sessuale viene determinato veramente da brutali maltrattamenti, da morsi, punture, pestate, ecc. In generale altre persone vengono in tali casi antecedentemente educate per eseguire le azioni desiderate.

Per motivi facili a comprendersi, la algolagnia conduce solo relativamente di rado, e cioè quando esiste debolezza mentale pronunziata e grande ottusità morale, ad azioni veramente dannose. Così le azioni che vengono esercitate o subite non ne sono che accenni, e così il graffiamento della pelle è la rappresentazione della uccisione e la pressione dei denti la rappresentazione dell'atto del divorare. Lo stimolo sadistico si può esprimere in atti che dimostrano in generale l'illimitato dominio sopra la vittima sessuale (ingiuriare, insudiciare, legare), mentre il masochista si sente soddisfatto quando risente in modo possibilmente vivace la completa sottomissione ad una volontà estranea (soffrire ingiurie, minaccie, maltrattamenti, schifosi insudiciamenti, bere le urine). Con il vivace aiuto della immaginazione, la varietà degli artifizi che quei malati adoperano come preparazione o come surrogazione del coito o che richiedono da altri, è estremamente grande, malgrado esista una certa uniformità.

In ciò che abbiamo detto abbiamo ripetutamente visto come nei nostri malati un processo, che originariamente aiuta solo l'insorgere dell'eccitamento sessuale può infine provocare la soddisfazione desiderata *completamente da solo*, senza unione con il vero contatto sessuale. Di regola si tratta di azioni che risvegliano vivacemente, in un modo qualsiasi, la rappresentazione dei rapporti sessuali. Da una parte possono avere tale azione palpamenti voluttuosi, il guardare il coito altrui, l'osservare il soddisfacimento dei bisogni naturali, inoltre il leggere scritti osceni, il guardare o il disegnare quadri osceni e infine il raffigurarsi avventure sessuali col pensiero o per iscritto (« onanismo psichico »). Per l'ultima forma della esplosione sessuale caratteristici esempi danno giustamente i diversi scritti sadistici e masochistici. Tutto questo campo appartiene alla degenerazione; sembra però che le sregolatezze e l'eccessiva sazietà sessuale, che del resto fioriscono nel modo migliore sul terreno degenerativo, abbiano qui una certa parte. Un

significato un po' diverso ha forse *l'esibizionismo,* che è la soddisfazione sessuale procurata col mostrare i genitali a bambini ed a persone di altro sesso. Questa forma si trova, come la maggior parte di queste deviazioni, prevalentemente negli uomini. Per lo più si tratta di epilettici in stati crepuscolari o di stati di debolezza mentale senile o più di rado di semplici psicopatici.

Per spiegare queste strane manifestazioni è facile supporre che in un aumento patologico della eccitabilità sessuale, sia già bastevole il concomitante processo per raggiungere il medesimo effetto che si aveva già in alto grado nella vita normale con i veri eccitamenti sessuali, ugualmente come i segnali di prova nelle manovre dei pompieri risvegliano sgradevoli impressioni nell'uomo sensibile. Ma infine si può giungere al punto che *solamente* l'eccitazione accessoria e *non più* la naturale, o per lo meno quella in modo molto maggiore di questa, è capace di produrre il soddisfacimento sessuale.

Molto frequentemente e con gradazioni varie l'invertimento si manifesta con ciò, che singole parti del corpo o di oggetti di vestiario dapprincipio agiscono eccitando la sfera sessuale, poi hanno una parte principale nella esecuzione del coito, ed infine esse sole servono in modo molto strano al godimento sessuale. Tale disturbo viene indicato col nome di « *Feticismo* » (1). Degli eccitamenti somatici servono come feticci: ora le mani o i piedi, ora gli occhi, la bocca, le orecchie, i capelli e specialmente le treccie. Il semplice guardare, toccare, carezzare le parti suddette dà al feticista una soddisfazione sessuale molto maggiore del coito. Degli oggetti di vestiario le scarpe e gli stivaletti sono preferiti, e ciò, secondo Krafft-Ebing, per la voluttà masochistica della sottomissione, che va unita a tali oggetti; oltre a ciò fazzoletti e sottovesti ed infine stoffe di velluto e pelliccie. La esperienza insegna che simili oggetti vengono spesso raccolti in grande quantità da questi individui in circostanze difficilissime (tagliatori di trecce) per la loro bramosia sessuale, e vengono adoperati per i godimenti solitari della masturbazione. Anche azioni sadistiche e masochistiche possono venir compiute col feticcio. Gli infermi strappano, sgualciscono o insudiciano la biancheria, si avvicinano alle fanciulle per gettare inchiostro o acidi sui loro vestiti, oppure si avvolgono in asciugamani bagnati di urina, si mettono in bocca pezze sudicie, ecc.

Nel limite tra lo stato psichico normale e il patologico si riscontrano i casi nei quali si ha la soddisfazione commettendo azioni oscene

(1) Garnier, *Les fétichistes pervertis et invertis sexuels*, 1896.

sui bambini. Tale fatto si riscontra innanzi tutto negli stati crepuscolari epilettici, ma anche in soggetti nei quali è reso difficile il contatto sessuale e cioè nei vecchi e nei deboli di mente. Un significato molto simile ha anche la *sodomia.* In quale rapporto finalmente sta con lo stimolo sessuale il morboso affetto per gli animali, la *zoofilia,* non è ben evidente. Giacchè per lo più si tratta in tali casi di donne, che con la più grande tenerezza e con il più grande sacrificio si dedicano ai loro gatti, cani ed uccelli, si potrebbe credere ad una aberrazione dello stimolo dell'allevamento.

Quale sorgente per il *collezionismo* (1), che a volte può assumere ugualmente forme patologiche, devesi riguardare la gioia del possesso, la cupidigia. Ad essa va unito, specialmente nel sesso femminile durante la gravidanza, nel periodo mestruale o nella predisposizione isterica, lo *stimolo a rubare* (cleptomania), cioè la irresistibile tendenza ad appropriarsi senza bisogno, per mezzo del furto, cose del tutto inutili e senza valore. Se in tali casi si tratta della diminuzione della capacità di resistenza contro una viva seduzione momentanea o di altro fatto, è ben difficile distinguere. Negli stati crepuscolari isterici si ha però realmente un vero stimolo ad intascare e a nascondere ogni oggetto. In alcuni casi di cleptomania si è potuto dimostrare del resto una sorprendente relazione con le aberrazioni sessuali, in quelle persone che rubano grandi quantità di fazzoletti, di biancheria, di oggetti di vestiario, di scarpe, per adoperarli come feticci.

Senza alcuna relazione con gli stimoli naturali sembra che stia *l'impulso all'incendio* (« Piromania »), che può manifestarsi innanzi tutto negli stati crepuscolari epilettici e isterici, ma specialmente nella pubertà, senza che si riscontrino altri gravi segni morbosi. La molteplice ripetizione della stessa azione, la mancanza di ogni motivo ragionevole, la soddisfazione che provano gli infermi nella esplosione dell'incendio, il consecutivo pentimento, la azione determinante dell'alcool frequentemente osservata, tutto ciò indica il fondamento patologico di tali manifestazioni, che rimangono ancora molto enigmatiche. A volte ciò è dovuto alla nostalgia, al desiderio di andarsene, che abbiamo già riscontrato negli stati sentimentali epilettici. Un giovanetto che io ho potuto osservare dava come motivo di parecchi incendi commessi l'uno dopo l'altro l'idea che insorgeva tutto ad un tratto in lui, di determinare in tal modo il padre a lasciare la casa che non aveva una

---

(1) SEIFFER *Archiv für Psychiatrie XXXI*, 405, 1899. MINGAZZINI *Rivista sperim. di Freniatria* - 1893 pag. 545.

bella vista e che era fabbricata male. Ugualmente avviene in quelle rarissime osservazioni di giovinette che, nel tempo della pubertà, uccidono i bambini affidati alle loro cure, senza altro motivo che il fatto di essere disgustate della loro occupazione. In un caso di molteplici *uccisioni* di *bambini* venuto a mio conoscenza, la giovane delinquente mettendo il dito nell'ano di animali e infine anche di bambini di tenera età e violentemente rimovendo il dito li faceva morire; in tal caso forse esisteva una relazione con lo stimolo sessuale. Infine si debbono anche ricordare certe forme di *avvelenamenti,* che si manifestano quasi esclusivamente nel sesso femminile. Sono quegli orrendi casi nei quali, senza motivo riconoscibile, vengono avvelenate senza scelta numerose persone che vivono intorno alla avvelenatrice, e spesso anche bambini e parenti cari. Le delinquenti osservano con intima soddisfazione l'effetto della loro opera, ma risentono viva tristezza alla morte della lora vittima, senza però aver la forza di resistere allo stimolo di continuare nella loro opera. Lo stretto legame psicologico che esiste tra questi e gli stimoli incendiari è evidente; in ambedue i casi si commette un atto violento con mezzi segreti.

Tutte le permanenti deviazioni nel campo degli impulsi stanno ad indicare una degenerazione originaria; sono tutte parziali manifestazioni di una predisposizione patologica. Esse costituiscono speciali caratteristiche personali, le quali non vengono risentite immediatamente come fatti strani e patologici da chi ne soffre, neppure quando questi riconoscano, per mezzo della osservazione e della riflessione, il contrasto che v'è tra essi e gli individui normali. Ciò che li opprime è la posizione eccezionale che occupano, le umiliazioni che loro provengono da questo fatto, più che il sentimento di essere infermi. Agli inopportuni deviamenti dello stimolo sessuale viene assegnato da chi ne soffre lo stesso valore della normale manifestazione dello stimolo sessuale stesso, e in ciò consiste, nei casi singoli, il limite certamente molto indistinto tra azioni coatte e soddisfazioni di istinti patologici. L'impulso coatto si presenta all'infermo come qualche cosa di intimamente estraneo, imposto; l'effettuazione di esso è seguito solo da un istantaneo sentimento di liberazione della interna pressione, in seguito però da quello di una sconfitta subita. Al contrario la soddisfazione di un istinto patologico significa anzi tutto per il malato stesso il soddisfacimento di un bisogno naturale e può produrre gli stessi sentimenti piacevoli, e spesso anche maggiori, dell'attuazione degli istinti normali. Solo con l'influenza della educazione tale fatto originario scompare.

Disturbi dei movimenti mimici. — Una delle sorgenti più importanti per riconoscere gli stati psichici patologici è data dai movimenti

mimici nel senso più lato della parola, perchè da essi noi dobbiamo trarre sopratutto le conclusioni sui processi psichici che si svolgono nei nostri infermi. Una descrizione esatta di questi quadri dovrebbe però riprodurre i tratti principali esternamente distinguibili di tutte le forme morbose cliniche; noi ci limiteremo perciò qui a dare pochi accenni, che nelle successive particolari descrizioni saranno trattati più diffusamente.

I dementi precoci sogliono non riguardare affatto chi li avvicina anche quando percepiscono abbastanza bene; sono intrattabili, non fanno attenzione al medico, giacciono senza interesse, spesso in una posizione rigida e contorta, non danno alcuna risposta, non ubbidiscono ad alcun comando, oppure fanno movimenti uniformi, senza scopo, sogghignano e ridono senza ragione, gettano ad un tratto un qualsiasi oggetto nella stanza, corrono pazzamente senza tregua, si slanciano insensatamente fuori della porta, ecc. Nella demenza avanzata gli infermi divengono spesso completamente negativi, si rannicchiano o stanno in un angolo, e si sottraggono con mormorio incomprensibile a qualunque tentativo che si fa per entrare con loro in rapporti.

Molto appariscenti sono i mutamenti che subisce la mimica nella dementia praecox. Si tratta essenzialmente in tale stato della *perdita del garbo nei movimenti*. La leggiadria dei movimenti è il risultato di tutta una serie di singoli processi, che forse debbono essere riguardati dal punto di vista del risparmio dei movimenti stessi. Il movimento leggiadro raggiunge il suo scopo con un minimo, ma sufficiente impiego di forza e di ampiezza. Al contrario i movimenti catatonici divengono o rigidi e goffi per la soverchia tensione dei muscoli antagonisti, o fiacchi e molli per l'insufficiente impiego di forza. Mentre nei movimenti leggiadri si mettono in movimento solamente quei muscoli che debbono direttamente partecipare all'azione, i movimenti catatonici divengono goffi e gravi per la partecipazione di un maggior numero di gruppi muscolari anche lontani. La naturale semplicità che tende direttamente al suo scopo è per questi malati perduta per gli abbellimenti e i deviamenti che dànno ai movimenti stessi l' impronta della affettazione e della stanchezza. Inoltre manca anche la continuità, l'accrescimento e la diminuizione graduata della rapidità, che corrisponde ad un uso economico della forza; i movimenti si succedono a scosse in modo goffo, spesso anche ad intervalli e sono interrotti da subitanei arresti. Infine è da osservare anche la mancanza di una intima unità nei movimenti espressivi. Le braccia ed il viso possono eseguire movimenti vivacissimi, mentre il tronco e le gambe sono rigide e la lingua è in istato di riposo, op-

pure l'infermo balla con le braccia rigide; parla vivacemente, risponde, mescola nei suoi discorsi ciò che ha udito, senza però guardare chi lo circonda.

Gli infermi deliranti si adornano di numerosi cenci colorati e cercano di proteggersi da influenze nemiche con gesti e con apparecchi misteriosi, oppure si ritirano accigliati e occasionalmente scoppia con violenza il loro rancore. Specialmente i soggetti con allucinazioni uditive si ritirano a volte in un canto, mostrando l'espressione come di chi stia origliando, e muovono a tratti le labbra per rispondere, o gridano alcune parole incoerenti. Gli infermi di paralisi progressiva avanzata si riconoscono dai loro lineamenti cascanti e spesso da una certa balorda amabilità, dalla raggiante espressione con la quale essi esprimono le loro demenziali idee di grandezza. In seguito si vedono giacere come stupidi in una profonda demenza, senza che vi si possa riscontrare traccia di percezione o di interessamento per ciò che li circonda.

L'infermo depresso sta seduto, rannicchiato flaccidamente in sè stesso, con espressione afflitta e spesso può solo con grande fatica sollevare lo sguardo, dare la mano o proferire una risposta a voce bassa, esitante. Gli infermi ansiosi si rannicchiano come per presentare possibilmente poca superficie di presa a tutto ciò che di male sovrasta loro, tengono i denti serrati fortemente, chiudono gli occhi, si irrigidiscono, oppongono una disperata resistenza contro ogni prova che si fa per avvicinarli: oppure girano intorno senza tregua, con i tratti del viso stirati, rodendosi le unghie, contorcendo le mani, si spingono fuori, si avvinghiano, lamentandosi ad alta voce, a chi li avvicina. Invece il maniaco corre innanzi e indietro facendo vivaci movimenti espressivi, chiacchera, ride, canta, ripone una infinità di cose nelle sue tasche, si mescola a tutti i discorsi, fa scherzi e cerca in ogni modo di sfogare il senso di aumentata attività. L'isterica cerca di fare impressione con il modo di vestire e di pettinarsi, facendo la leziosa, oppure con la sua sfrenatezza o invocando assistenza: ella osserva tutto in modo penetrante, domina in poco tempo chi è a lei vicino e sa accumulare intorno a sè molti piccoli ornamenti. Il paranoico infine sopporta con una certa dignità la « prigionia » del manicomio, porta in tasca le prove da lui scritte che indicano la sua alta posizione, le copie dei suoi reclami o gli atti dei suoi processi.

Da tutti questi quadri, che cambiano in modo molto vario, ma che con tutto ciò si ripetono con grande frequenza in modo identico, l'alienista pratico può spesso comprendere a colpo d'occhio la natura ap-

prossimativa dei disturbi. Esistono però numerosi casi che non offrono alcuna evidente manifestazione alla superficiale osservazione, e questo fatto spiega come accada che visitatori profani dei manicomii e anche infermieri non riscontrino in molti infermi l'esistenza di alcun disturbo psichico.

Di grande importanza sono specialmente i cambiamenti nel *parlare* (1) e nello *scrivere*, che si riscontrano nei malati di mente. A parte il contenuto, che naturalmente lascia riconoscere spesso la idea delirante o il tono sentimentale dell'infermo, anche nella forma si manifesta spesso l'elemento della psicosi. Lo stimolo a parlare del maniaco si esplica in un incessante precipitato chiaccherio con poca coerenza, e nella tendenza a costruzioni ritmiche e a reminiscenze verbali, a giuochi di parole e a rime. I medesimi fatti riscontriamo nelle forme agitate della paralisi insieme con sintomi più o meno pronunciati di disturbi dell'articolazione della parola. In tutte e due le forme morbose non raramente viene parlato un gergo completamente incomprensibile, indicato dagli infermi come lingua straniera. Negli infermi con arresto psico-motorio il parlare si compie a bassa voce, con difficoltà ed esitazione. Anche i melanconici sono per lo più scarsi di parole, si possono però esprimere senza difficoltà; quando però esiste viva ansia, allora si può avere un lamento ininterrotto, monotono, noiosissimo.

Speciali caratteristiche sogliono dimostrare le espressioni verbali dei catatonici. Gli infermi rimangono spesso per settimane e mesi, completamente muti, e poi ad un tratto possono parlare correntemente o cantarellare. A volte danno delle risposte straordinariamente assurde, aggiungono a semplici informazioni una grande quantità di modi di dire incomprensibili, indistinti. Nei periodi di agitazione si hanno di frequenti discorsi rimati completamente pazzeschi e discorsi per assonanza, nei quali alcune sillabe vengono rigirate e trasformate nel modo più vario. Spesso mescolano pensieri ordinati con frasi senza alcun rapporto con questi. È specialmente in un discorso lungo che si vede frequentemente scomparire del tutto un distinto legame, e risulta così quello strano disturbo che indichiamo col nome di *confusione verbale*. Poichè gli infermi possono del resto apparire giudiziosi e orientati, e spesso anche nel loro contegno e nella loro condotta non mostrano alcuna evidente irregolarità, è facile supporre che noi abbiamo a che fare in tali casi essenzialmente con un disturbo verbale. Essi parlano facilmente e correntemente, ma il contenuto dei loro discorsi non è che una confusione quasi incomprensibile di parole, gran

(1) Liebmann *und* Edel, *Die Sprache der Geisteskranken*. 1903.

parte delle quali è mescolata insieme senza alcun senso, sicchè il contenuto generale del discorso può essere al massimo indovinato da alcune reminiscenze un po' comprensibili. Forel ha dato molto giustamente a tali discorsi la denominazione di « insalata di parole ». Un esempio di tale discorso è dato dal seguente scritto:

Io domando in che cosa in contrasto alla personalità. Che cosa ella vuole in confronto alla riunione chiusa in questo quadro, dico io così senza cuore che nel mio della personalità la cura nel mio corpo. Che cosa ella vuole dunque in confronto alla mia surrogazione. Io domando ora una cosa semplicissima. Sono stato qui portato per la gioventù ed allora mi hanno chiuso in una unione collettiva. Dalla persona in confronto alla mia cura nel manicomio e sono stato mantenuto generosamente dandomi a forza alimenti. Irritizioni delle oscurità, perchè dunque sono state fatte leggi secondo la città ed il paese di Ulfiterinen e le precedenti stagioni e le ipoteche. I racconti dei cittadini in confronto dicono i membri coraggio e gioventù essere propizi alle forze delle persone e tutto che rende sano secondo le ippliazioni di tutte le forze della persecuzione a divenire posti. Perchè si chiude qui dunque il Kittol che deve ora decadere al Kittol del mio corpo, io credo la sua immagine delle persecuzioni, ecc.

In tale esempio anche la coerenza è completamente distrutta; ciò però non è una condizione necessaria. I primi accenni della confusione verbale noi li riscontriamo in quelle frasi incomprensibilmente insensate che i nostri infermi dicono con la massima tranquillità, spesso già nel principio della malattia. Esse ricordano in alto grado i discorsi spesso molto simili che si sogliono avere nei sogni. Apparentemente si tratta in ambedue i casi di una permanente o transitoria perdita della capacità a mettere in giusto rapporto le rappresentazioni e i segni verbali corrispondenti.

Nel parlare dei catatonici risalta la tendenza a ripetere le stesse frasi e parole, come si ha la stereotipia nelle loro azioni. Si ponga mente alle espressioni dello scritto sopra riportato: « io domando », « al contrario », « personalità », « che cosa ella vuole dunque », « corpo », « cura », « nutrimento », « gioventù », « condotta », « forze », « chiuso », « persecuzioni », « Kittol », « riunione », « quadro », « immaginazione », « dunque ». Spesso tale stereotipia diviene talmente pronunziata che la stessa frase viene ripetuta ininterrottamente per ore ed anche per giorni. Si ha così quella manifestazione patologica descritta per il primo da Kahlbaum col nome di *verbigerazione*. Esempi di simili frasi potrebbero essere i seguenti:

Voi bambinetti, uccelletti, macchiettine, l'avolo è ora qua, la porta è aperta; conducimi ora nel giardino ghiacciato. Tutta la notte sono stato seduto sul letto e non ho mangiato nulla; il panino è divorato — Voi bambinetti, uccelletti, macchiettine, ecc.

lo debbo nell'innum, nell'innum, nell'innum; lasciatemi nell'innum. Io devo girare col materasso nell'innum, io debbo nell'innum, ecc.

Molto frequentemente si riscontra una grande accentuazione *ritmica,* come nel seguente esempio:

Che debbo ora dir, che debbo ora dir, il lavabo cercar, ecc. — Mammina io son stancato, malato, affamato, mammina io son gelato, affaticato, inzuppato, ecc.

A volte il contenuto di tali discorsi non è che un semplice tintinnio sillabico, per esempio: « Ka, ka, metsch, metsch, ka, ka, metsch, metsch ». Si può però dimostrare che simili espressioni senza alcun senso non sono che trasformazioni di frasi originariamente comprensibili. Così una inferma gridò per alcuni giorni: « I, me, zeh », che non era se non una abbreviazione avvenuta gradualmente della frase: « Ich will mall sehen » (io voglio vedere), sottointendendo: « se posso andare a casa ». Sul principio tale senso era ancora bene evidente, ma andò gradualmente scomparendo con le numerose ripetizioni. In massima si può influire sopra i discorsi dei verbigeranti, malgrado la completa stereotipia. Noi vediamo spesso che gli infermi durante questo stato, non solo portano essi stessi piccoli cambiamenti, ma mescolano nelle loro frasi anche impressioni prese ovunque. Una inferma ripetè per tre ore le seguenti parole:

Cara Emilia dammi un bacio; noi vogliamo divenire sani, un saluto e ciò sia nulla. Noi vogliamo diventare buoni ed ubbidienti, obbedisci alla mamma che così potremo presto tornare a casa. La lettera sarebbe per me; abbi cura che io la riceva.

Dopo la cena che frattanto aveva avuto luogo aveva interpelato dopo le parole « tornare a casa » le parole; « lenticchie e due salsiccie ».

Un sintoma morboso molto importante, che suole essere molto sviluppato nella confusione verbale, è il *neologizzare* (1). Anche questo processo è ben noto dalla vita onirica. La manifestazione consiste ora in piccoli cambiamenti di lettere nelle parole, ora vengono accettate quali parole correnti, insensate composizioni sillabiche, ed inoltre riscontriamo nei nostri infermi tutte le gradazioni del neologizzare. Leggeri mutamenti si riscontrano nelle parole: mantinimento (per mantenimento), irritizione (per irritazione), puntelino (per puntolino): gravi mutamenti e che danno parole senza senso per chi ascolta si riscontrano nelle parole: ippliazione, Kittol, Innum, ecc. Tal fatto produce l'im-

(1) Sölder *Jharbucher für Psychiatrie, XVIII, 479* 1899. Tanzi, *Riv. Sper. di Freniatria,* 1889, 4.

pressione che gli infermi colleghino alle neoformazioni alcune rappresentazioni, che del resto non sono sempre fisse, e che non si rendano conto dello stranezza delle loro espressioni, come non ce ne rendiamo conto neppur noi nel sogno. La nostra supposizione che nella confusione verbale si tratti di un rilasciamento del legame che passa tra rappresentazione e denominazione verbale, è convalidata da queste osservazioni (1).

A volte nei neologismi si può riconoscere nettamente l'influenza di determinati circoli rappresentativi. Un infermo farmacista indicava la sua scodella di zuppa di patate con l'espressione « *saliciumsauren Porzellannapf mit solaneersauren* (scodelle di porcellana di acido salicilico con acido solanaceo, ecc.).

Negli *scritti* (2) dei malati di mente si trovano disturbi di contenuto e di forma corrispondenti perfettamente a quelli della parola. Talora nelle grossolane alterazioni del cervello, e anche nella paralisi progressiva e nella catatonia, [?] si riscontra una sorprendente sproporzione nei mutamenti dei due campi, il che sta ad indicare la presenza di lesioni

---

(1) A questo punto l'autore riporta esempii di neologismi che non è possibile tradurre in italiano senza svisare completamente il significato delle parole tedesche. Rinviando il lettore allo splendido lavoro del Prof. Tanzi, già citato dall'autore, mi permetto di riportare alcuni neologismi riscontrati e descritti dal prof. S. De Sanctis nel suo lavoro: « Intorno alla psicopatologia dei neologismi. Una famiglia di neologisti. *Annali di Nevrologia.* Anno XX, 1902.

Il prof. De Sanctis ha riscontrato in una famiglia composta di sette individui ben 47 voci neologistiche. Di queste voci 12 sono neologie vere, ossia parole che in apparenza almeno sono del tutto nuove.

Esse sono: *Aiabbáia,* che è usato come aggettivo ed esprime disgusto o meglio quel senso spiacevole che eccitano le cose stomachevoli. *Bagóde* usato come aggettivo e in generale per qualunque oggetto dai contorni geometrici ben delineati e molto semplici, come una scatoletta levigata, un tronco di piramide, ecc. *Bere-bere* esprime senso speciale di ribrezzo: è una sensazione visivo-tattile. *Ccainaccaina,* denota un piacere tattile che si prova pizzicando con le 5 dita sulla pelle molle, p. e. sotto la gola di un cane. *Caludiálo,* usato come aggettivo, indica carino, grazioso, piacevole. *Coti-coti,* pronunciato con *o* stretto, indica uno stato e cioè l'essere ben coperto, imbacuccato. *Ephièphic* di pronuncia difficile, che indica una sensazione olfattiva. Si dice di odori acuti e speciali come p. e. del petrolio. *Iiii,* interiezione che si usa per denotare uno stato dell'animo, un sentimento mite, calmo, melanconico. *Nabusius,* esprime la sensazione visiva di un oggetto grazioso. *Purca-purca* rivela un senso di piacere e di sicurezza, esprime il senso di benessere che si prova in luogo caldo quando al di fuori fa freddo e piove. *Sclabulicchioli abbubbolannà,* si dice specialmente d'animali relativamente piccoli, molli e grassocci. *Stneri,* denota un piacere tattile che si prova pizzicando la pelle di un cane o di un gatto. (N. d. T).

(2) Köster, *Die Schrift bei Geisteskrankheiten,* 1903.

circoscritte. Il maniaco copre di scrittura fogli su fogli con caratteri pretenziosi, marcati, con ardito slancio, ma eseguiti superficialmente, e poichè la rapidità nello scrivere diviene sempre maggiore, i caratteri giungono ad essere incomprensibili. Il contenuto dimostra lungaggine e facile distraibilità; invece le associazioni di suono risultano meno che nel discorso; vengono sostituite da enumerazione e ripetizioni. Gli scritti di paralitici sono caratterizzati da dimenticanze , errori, trasposizioni di lettere e di parole, macchie d' inchiostro, correzioni sudicie, incertezza nelle singole linee; inoltre, secondo le circostanze, si hanno tutte le già dette manifestazioni dell'eccitamento. Il querulante dimostra una mal sicura capacità nella produzione di scritti, i quali contengono, ripetuti all'infinito i suoi lamenti, le sue lagnanze, le sue ingiurie, e per lo più sono ripieni di marcate sottolineature, di segni esclamativi e interrogativi, di annotazioni e di commenti nel margine della pagine, a volte scritti anche con inchiostro di colore diverso. Un abuso di espressioni enfatiche si nota anche negli scritti degli isterici. Gli stati di depressione fanno diminuire la volontà di scrivere; gli scritti di questi infermi sono perciò brevi, incoerenti, con lettere per lo più piccole, serrate l'una all'altra. Negli stati di grande arresto psichico gli infermi possono scrivere alcune parole solo molto lentamente e a grande fatica. I catatonici a volte scarabocchiano in modo indecifrabile, ad un tratto però sono capaci di scrivere con sveltezza e senza alcun disturbo. Altri ricoprono molti fogli con segni incomprensibili e con alcune parole ripetute indefinitamente, con pochi mutamenti (verbigerazione scritta). Inoltre vengono da questi infermi compiuti disegni bizzarri, figure di esseri favolosi, quadri rozzi, osceni, spesso in esemplari innumerevoli, uguali e molto simili tra loro. Gli infermi affetti da idee di persecuzione abbozzano il disegno delle macchine misteriose con le quali vengono tormentati.

Disgraziatamente gli scritti dei malati di mente non sono stati ancora molto bene esaminati con mezzi più fini. Solo con ciò che io ho chiamato « bilancia della scrittura », la quale oltre alla forma dei caratteri permette anche di misurare in ogni momento la pressione e la rapidità dello scrivere, si sono avuti alcuni risultati (1). Con tal mezzo si è dimostrato che nei maniaci è molto aumentata la pressione nello scrivere, il carattere è ingrandito, mentre la rapidità dei movimenti subisce un rimarchevole acceleramento solo quando l'infermo già da un po' di tempo scrive. Negli stati depressivi circolari si ritrova per lo più un rallentamento e un impicciolimento del carattere, insieme a diminuita

(1) Gross, *Psychologische Arbeiten, II*, 450.

pressione, ma esistono numerosi casi di questo genere con manifesta alterazione del tono sentimentale, nei quali mancano tali disturbi della scrittura; ciò indicherebbe che tutta la costituzione del quadro morboso psichico possa essere completamente diversa, malgrado esistano rassomiglianze esteriori. Nello stupore maniaco si è potuto constatare un rallentamento nella scrittura, mentre era aumentata la pressione nello scrivere. Nei catatonici si sono visti alternare irregolarmente periodi in cui si scriveva bene con periodi di diminuzione dell'impulso, ma senza rallentamento; inoltre fu notata una graduale estinzione della pressione e una capricciosa omissione di alcune frasi. In ogni modo è possibile, con l'aiuto di questi esami, di scoprire tutta una serie di più fini disturbi della scrittura.

In quelle malattie mentali che sono dovute a mutamenti più grossolani della corteccia cerebrale incontriamo frequentemente anche quei disturbi della parola e della scrittura che si riscontrano nella patologia cerebrale: afasia e parafasia, agrafia, paragrafia, ripetizione della stessa parola o frase, incapacità di leggere, unione in fascio di lettere, sillabe e parole, pronunzia indistinta e difficoltata, scandimento, uniformità nel parlare, atassia nello scrivere. Poichè questi disturbi mostrano degli speciali caratteri nel nostro campo (paralisi progressiva, malattie cerebrali arterio-sclerotiche, ecc.), saranno più attentamente trattati nella parte clinica.

I malati di mente hanno, come era naturale, preso anche una certa parte alla *letteratura* e all'*arte*, e così tra gli scrittori (1) si riscontrano i paranoici specialmente i querulanti, poi i maniaci e i catatonici. La attività dei primi si manifesta per lo più con scritti di accusa o di difesa per le proprie cause, in opuscoli che si indirizzano al pubblico per ottenere soddisfazione di supposti torti, in grida di allarme nella lotta che essi sostengono contro pericoli dovuti al delirio. Anche le produzioni maniache sono dirette frequentemente, però più con parole di scherno o con detti umoristici che con manifestazioni di disperazione o d'indignazione, contro determinate persone, specialmente contro gli alienisti; descrivono in tono umoristico, con disinvoltura, con foga di idee, con giuochi di parole e versi i fatti che avvengono nel manicomio. Altri maniaci offrono raccolte di poesie fatte in uno stile elegantissimo; io stesso posseggo un libretto di simili scritti ripieno di parole rimate con fuga di idee, dovuto ad un semplice contadino, che in seguito, nel periodo di depressione, si appiccò. Le opere dei catatonici vengono sem-

(1) Behr, *Volkmanns Klinische Vorträge, Neue Folge*, Nr. 134. [Lombroso, *Genio e follia*].

pre stampate a spese dei loro autori, contengono, generalmente in forma complicata e con ortografia caratteristica, sentenze incomprensibili sopra i problema più elevati, p. e. sul « problema del mondo », sulla « natura, animo, spirito » ecc. Accanto alle tracce d'una buona memoria e di una grande conoscenza letteraria si possono trovare qui per volumi interi gli esempi più belli della confusione verbale.

D'altra parte la storia della vita psichica umana ci insegna che tutta una serie di personalità elevatissime o hanno dato segno di singoli tratti patologici, o sono cadute in rilevanti disturbi psichici. Specialmente il primo gruppo, il quale può però estendersi a piacere secondo la limitazione che si dà alla parola patologico, deve aver servito alla idea che il genio rappresenti spesso una forma di predisposizione abnorme. Tra le malattie mentali che possono essere ben determinabili clinicamente, sembra che la frenosi maniaco-depressiva sia la più frequente negli individui di grandissima intelligenza; oltre a questa si riscontrano casi di paralisi progressiva, di epilessia, di alcoolismo, di manifestazioni paranoidi e senili. Möbius ha iniziato un interessantissimo lavoro, di porre cioè metodicamente le basi per una critica psichiatrica; in Goethe e in Schopenhauer egli ha scoperto manifestazioni morbose, di Rousseau e di Nietzsche ha dato una chiara storia morbosa (1). Sfortunatamente il poter eseguire simili esami, specialmente sopra soggetti morti da lungo tempo, offre, come si comprende facilmente, grandissima difficoltà.

Nell'arte rappresentativa (pittura, scultura) i malati di mente producono in generale molto meno, sopratutto perchè è loro quasi impossibile di poter dare pubblicità alle loro opere. Nondimeno anche in tale campo sono, come dimostra l'esperienza, sufficientemente attivi, e lo dimostra il fatto che in ogni grande concorso artistico sogliono giungere un certo numero di abbozzi, che tradiscono subito l'origine patologica. Un esempio molto carateristico di arte patologica sono le statue della Villa Palagonia presso Palermo, che furono già descritte da Goethe; sono figure ermafrodite di un genere molto bizzarro, che ricordano completamente alcuni disegni dei nostri catatonici. Singole manifestazioni morbose si riscontrano più frequentemente negli artisti facilmente eccitabili che non negli scienziati e negli scrittori. Come esempio posso ricordare il pittore belga Wiertz.

Condotta morbosa — Le trasformazioni che la pazzia induce nella vita psichica debbono neccessariamente portare con sè, in molteplici direzioni, mutamenti nella condotta dei nostri infermi, anche quando i

(1) Möbius, *Ausgewählte Werke, Band* 1-4.

veri disturbi hanno luogo dapprincipio in tutt'altro campo. La condotta infatti è il risultato finale del completo e attuale stato psichico. E invero noi vediamo come la interna unità e indivisibilità della nostra vita psichica si manifesti nel modo migliore per le modificazioni che subisce la condotta per opera dei disturbi più varii e più lontani. Ogni azione d'un malato di mente, se noi facciamo astrazione dalle funzioni puramente abituali, permette di determinare con una certa sicurezza la importanza che sul suo insorgere e sui suoi caratteri esercita la pazzia.

La natura e la direzione delle azioni patologiche viene determinata di regola dalle rappresentazioni deliranti. Sono le idee di peccato, il tono sentimentale triste o ansioso che inducono i malati a compiere fatti disperati, a commettere atti contro la propria persona, ad autoaccuse, ad auto-mutilazioni, a tagliarsi i genitali, a rifiutare il cibo, a fare esercizii di penitenza. Però sopratutto dobbiamo temere la tendenza al suicidio, che frequentemente minaccia la vita dell'infermo. Il delirio di persecuzione conduce ad esplosioni di ira, ad attacchi di ogni genere, allo scrivere annunzi per giornali, opuscoli, lamentazioni, all'assassinio e all'omicidio o all'invenzione di misure di protezione più svariate contro i supposti persecutori, alle congiure, a misure e organizzazioni misteriose, al ritiro pessimistico dal mondo o all'errare continuo. Anche nelle idee deliranti ipocondriache non sono rare le lesioni del proprio corpo. Ungersi con urine e feci, curarsi le ferite con pane bagnato o con altri simili ingredienti, stuzzicarsi il naso o le orecchie, traforarsi il lobulo delle orecchie come revulsivo dei cattivi umori della testa, queste sono ancora le misure più innocenti che i malati prendono. Io ho visto anche esperimenti per aprirsi il ventre a fine di tirar fuori un supposto animale vivo; il cibarsi di chiodi per potere purificare il sangue con cose aguzze. Azioni analoghe di isteriche, cioè l'inghiottire aghi, le lesioni e le introduzioni di corpi estranei nei genitali, i tentativi teatrali di suicidio, il rifiuto continuo di cibo provengono di regola da motivi del tutto diversi, per lo più forse dalla smania morbosa di distinguersi e di risvegliare la compassione universale.

L'eccitamento psichico conduce dapprincipio e quasi subito alle querele e alle lotte con il proprio ambiente, a mancanze contro l'ordine pubblico e non raramente anche a resistenze alla pubblica autorità. Gli infermi hanno un fare che dà nell'occhio: senza alcun riguardo, divengono indocili, irritabili, disturbanti, e infine, appena sono contrariati, violenti. Tutto ciò si sviluppa tanto più facilmente perchè l'eccitamento porta con sè come conseguenza un aumentato consumo di bevande alcooliche, per le quali gli infermi divengono rapidamente an-

cora più irrequieti e più pericolosi. A tutto ciò va unita per lo più anche la tendenza ad eccessi sessuali, che si dimostra senza alcun riguardo ai costumi ed alla morale. Scherzi pazzeschi di ogni genere, distruzioni, lunghe e stravaganti scarrozzate, risse, pubblico scandalo, questi sono gli ordinari fatti concomitanti di simili stati di agitazione. Se a ciò vanno unite idee di grandezza si possono avere anche spese ed ordinazioni pazzesche, inizio d'intraprese favolose, dilapidazione di grandi somme di danaro in un tempo incredibilmente breve. La sicurissima idea di poter disporre di mezzi inesauribili può indurre l'infermo a prendere semplicemente possesso di tutto ciò che gli piace, ad appropriarsi indebitamente, a scroccare all'osteria, a truffare.

Altri infermi con idee di grandezza preparano consideratamente e da lungo tempo i loro piani per realizzare i loro supposti diritti. Dirigono lettere a personalità elevate, cercano di avvicinarle, di attirare su sè stessi l'attenzione generale, pubblicano opuscoli, compaiono ad un tratto per le strade adornati di medaglie o in uniformi. Anche l'eccitare scandali pubblici, lo sprezzare gli ordini della polizia, o gli attacchi contro i preti, gli impiegati, i principi, servono loro a volte per far conoscere a tutti la loro posizione e i loro diritti. Molto frequenti sono i tentativi di avvicinamento ad elevate personalità di altro sesso, che sono i loro supposti secreti fidanzati. Passeggiate sotto le finestre, invio di fiori, lettere di amore, richieste di matrimonio, accompagnamenti durante i viaggi con le persone che si vogliono avvicinare, rivolgere loro la parola, sono tutte cose che vengono messe in opera per raggiungere lo scopo; se pure l'infermo non rimane, come avviene spesso, soddisfatto dei rapporti misteriosi soprannaturali con l' oggetto amato. Le idee religiose di grandezza portano al bisogno di fondare le comunità, di combattere la tesi della chiesa regnante, di acquistare la corona dei martiri. Vistosi abiti che ricordano quelli di Cristo, lunghi capelli, ricercata semplicità di vita, e discorsi pubblici, opposizione agli usi dei religiosi fino alle ingiurie, l'attirare a sè discepoli simpatizzanti, tali sogliono essere le azioni intraprese l'una dopo l'altra da simili malati.

Naturalmente sarebbe troppo lungo se noi volessimo anche solo approssimativamente enumerare tutte le manifestazioni patologiche della condotta che nei singoli casi possono essere dovute ad idee deliranti; quanto diversi sono i moventi, quanto diverse le personalità, tanto diversa è la condotta, che alla fine non è se non il risultato degli effetti di queste due condizioni. Solo, per conchiudere, può dirsi che *la capacità alla attività* psichica e somatica subisce in ogni modo un grave danno

se la pazzia è duratura. Vero è che esistono artisti e scrittori malati di mente che, pure malati, sono ancora capaci di continuare nella loro attività. Vediamo però in questi casi, senza alcuna eccezione, come il valore della loro produzione è grandemente diminuito. Quasi sempre anche la stabilità e la durabilità della forza nel lavoro ne soffrono. Molto frequentemente però la capacità a produrre nuove cose è più o meno completamente estinta. Solo ciò che fu imparato macchinalmente viene mantenuto, per il resto non rimane che la ripetizione o lo snaturamento di precedenti creazioni. Varie manifestazioni patologiche pronunciate si mescolano come fatti strani, incredibili o del tutto deliranti accanto a ciò che rimane del tempo normale. Nel campo del lavoro somatico il mutamento suole essere molto minore. Noi vediamo, dopo che è passato il periodo delle manifestazioni patologiche più gravi, numerosi malati di mente nei manicomi divenire operai utili e anche ingegnosi. Però sono molto rari i casi nei quali i malati di mente non completamente guariti siano capaci di sviluppare durevolmente la completa forza di lavoro dell'uomo normale.

Per le suddette ragioni i malati di mente divengono di regola molto presto incapaci di una attività responsabile. Però, fino a che il loro disturbo non è riconosciuto, essi possono con le loro azioni recare gravissimi danni a sè stessi e ai loro parenti. Naturalmente tale pericolo è specialmente grande nelle persone che hanno grande potere, e specialmente nei regnanti. Gli stati morbosi psichici dei regnanti sono stati perciò sufficientementte spesso di estrema importanza per i destini dei popoli e degli stati; dai Cesari della famiglia di Giulio Claudio (1) fino a Giovanna di Castiglia e all'infelice re di Baviera che trascinò nella morte il suo medico, vittima della sua vocazione.

Alla *pratica amministrazione della giustizia*, che ha a che fare proprio con la condotta umana, non sono potuti sfuggire i disturbi della condotta dei malati di mente. Le necessità di questa scienza hanno perciò portato ad ammettere determinati elementi caratteristici della personalità, che vengon considerati come fondamentali per la importanza legale delle espressioni volitive umane. Tali elementi che vengono senz'altro attribuiti ai sani, sono la *capacità legale e la responsabilità*, Le supposizioni psicologiche per ammettere la capacità legale come la responsabilità, sono in parte nel campo della intelligenza, ma in parte anche nella sfera nella volontà. Questi due stati richiedono in primo luogo *una chiara percezione dei rapporti concreti, una idea esatta*

(1) WIEDEMEISTER, *Der Cäsarenwahnsinn der* Julisch. — Claudischen *Imperatorenfamilie*, 1875.

della importanza legale e morale di ciascuna azione volitiva, d'altra parte *la possibilità di poter liberamente risolvere secondo quei moventi che appartengono alla propria cosciente personalità.* Come facilmente si vede, queste due condizioni nei malati di mente di solito non esistono. Dove le idee deliranti cangiano in modo patologico la posizione dell'io verso il mondo esterno, non è più assicurata pel malato la giusta critica delle proprie azioni, mentre la perdita delle tendenze volitive durature e fondamentali, o la loro sopraffazione dovuta a sentimenti e impulsi patologici, toglie senza dubbio all' individuo la libertà delle proprie risoluzioni nel senso usuale della parola. Tanto la capacità nell'adempimento delle azioni legali, quanto la capacità di rispondere delle proprie azioni e, quindi la responsabilità legale per azioni che possono offrire un pubblico pericolo, sono perciò da considerare in massima nei malati mentali come scomparse. Però malgrado ciò può esistere « una generale intuizione della punibilità dell'azione commessa », e a volte anche la possibilità di combattere fino ad un certo punto gli stimoli delittuosi. Uno studio più esatto di questi rapporti legali dei pazzi è l'oggetto di una speciale scienza, la Psicopatologia forense (1).

---

(1) Krafft-Ebing, *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie,* 3. *Aufl.* 1892; Maschka, *Handbuch der gerichtlichen Medizin, B d. IV.* 1882; Cramer, *Gerichtliche Psychiatrie,* 3. *Auflage.* 1903; Delbrüch, *Gerichtliche Psychopathologie* 1897; Hoche, *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie,* 1901.

III

Decorso, esiti e durata della pazzia

Come le manifestazioni, così anche il decorso, gli esiti e la durata della pazzia sono sottoposti in generale a quei due grandi gruppi di cause che abbiamo imparato a conoscere nella etiologia dei disturbi mentali: da una parte cioè *la natura e il modo di azione delle influenze morbose,* da altra parte *la predisposizione somatica e psichica dell' individuo.* Sono queste due condizioni che determinano la natura e la caratteristica clinica di ciascun processo morboso; quanto più esattamente si conosce la parte che ha ciascuno di quei gruppi nella etiologia del caso attuale, con tanto maggior sicurezza è possibile il prognostico del futuro stato del malato stesso. Poichè ancora per lo più non ci è possibile conoscere intimamente i rapporti tra causa ed effetti, siamo costretti a fondare il nostro giudizio intorno al presunto decorso di una malattia sopra segni che sono stati finora utilizzati solo empiricamente per la soluzione di tale problema.

A. *Decorso della pazzia.*

Secondo il loro decorso i disturbi psichici si distinguono sopratutto in *processi morbosi* e *stati morbosi.* Nei primi casi si tratta del decorso di determinati mutamenti per un tempo limitato, negli ultimi casi si tratta invece di un contegno durevole, stabile della personalità psichica, che o può essere *originario* (p. e. nella idiozia, nella predisposizione isterica), o *acquisito* quale effetto di una precedente malattia mentale. (« Stati finali »). In questi stati patologici la capacità psichica può essere alterata solo quantitativamente o anche qualitativamente. È del resto da considerare che questi stati formano spesso il terreno per lo sviluppo di limitate transitorie manifestazioni morbose.

Il processo dei disturbi psichici era ritenuto da Griesinger, seguendo le idee del suo maestro Zeller, quale una *unità*, e le varie

forme cliniche della pazzia (melanconia, mania, paranoia, confusione, demenza) dovevano corrispondere ai singoli periodi della unica forma. Probabilmente questa ipotesi si fondava sui fenomeni che si presentano nella *dementia praecox,* e forse anche nella follia maniaco-depressiva e nella paralisi progressiva. Ma l'esperienza non confermò la supposta esistenza di un regolare decorso delle « malattie mentali diviso in determinati periodi » e combattè la legge artificiale provando l'esistenza di una paranoia « primaria. ». Infatti l'osservazione delle forme mentali non lascia affatto riconoscere un decorso unico, come si sarebbe aspettato secondo la suddetta ipotesi; invece si riconosce un decorso molto variato.

Inizio della malattia. — L'inizio di una malattia mentale è di regola graduale; molto raramente il disturbo esplode ad un tratto nell'individuo senza che sia in qualche modo preannunciato. Il fondamento di tale fatto sta nel modo di origine della pazzia. Infatti sono molto poche le cause capaci di produrre rapidamente una grave lesione delle basi somatiche della nostra vita psichica (veleni, emozioni, lesioni del cranio, febbre, parto); per lo più si tratta di influenze stabili, ma di azione lenta che determinano alterazioni gradualmente progressive. Specialmente laddove le condizioni per la malattia risiedono essenzialmente nella caratteristica disposizione individuale, lo sviluppo della malattia mentale può durare anni e anche decenni se l'esplosione non viene affrettata da scosse violenti dovute alla lotta per la vita. L'inizio della malattia si collega perciò bene con determinate età della vita, che possiamo considerare apertamente quali periodi di diminuita resistenza. A questi periodi appartengono in prima linea gli anni della pubertà, poi l'inizio della vecchiaia e, nelle donne, il climaterio.

È rimarchevole che di regola piccoli mutamenti nella *vita sentimentale* sono i primi, e talora per settimane, mesi e anche per anni, gli unici sintomi di una iniziatasi malattia mentale. Ovunque esista per un certo tempo un vero periodo prodromico, si riscontra aumentata eccitabilità emotiva e irrequietezza, allegria infondata o frequentemente depressione, anche se in seguito i disturbi del sentimento scompaiono completamente. Oltre a ciò, segni precursori della malattia sono spesso la distrazione, la mancanza d'interesse o un'attività esagerata. Nello stesso tempo si riscontra una diminuzione più o meno grave del sonno, spesso anche un disturbo dell'appetito e quindi una diminuzione progressiva della nutrizione generale. Nei disturbi mentali a sviluppo molto lento l'inizio vero della malattia è spesso molto difficile a determinarsi, l'epoca in cui fu notato un cambiamento è spesso un dato poco sicuro per il giudizio.

Al periodo dei primi accenni va unito spesso il periodo del principio vero della malattia, nel quale già la pazzia può riconoscersi distintamente, ma va aumentando solo gradualmente fino a quella altezza che può essere chiamata l'*acme* della malattia. In altri casi, dopo le prime manifestazioni indecise, si ha uno scoppio più o meno rapido del disturbo mentale, spesso collegato ad una qualunque causa esterna, la quale fa si che l'iniziato disturbo mentale giunga rapidamente al suo acme.

Periodo di stato — Il successivo decorso lascia riconoscere considerevoli diversità secondo la forma morbosa. La malattia può mantenersi per lungo tempo al medesimo grado: decorso *uniforme;* oppure può presentare numerose oscillazioni nella violenza delle sue manifestazioni: decorso *oscillante*. Quest'ultimo andamento è di gran lunga più frequente. Le remissioni del disturbo sono spesso in rapporto regolare con le ore della giornata. L'irrequietezza, la confusione dei vecchi si manifesta non raramente solamente nella notte, mentre gli infermi durante il giorno sono ordinati; ugualmente noi vediamo gli alcoolisti deliranti divenire di regola più agitati e confusi durante la notte. È già da lungo tempo noto che gli attacchi epilettici si manifestano in molti malati solamente o preferibilmente di notte. Negli stati di depressione circolare, più raramente nella malinconia, il cambiamento del tono sentimentale avviene in modo sorprendente dalla mattina alla sera; per lo più i malati sono durante la sera più sollevati di quel che non siano la mattina; più raramente avviene il contrario. In qualche caso si è potuto osservare anche un regolare cambiamento da giorno a giorno, ed anche per mesi ed anni. Nel tempo dei *menses* si manifesta per lo più un transitorio peggioramento dello stato, a volte anche quando non si hanno le mestruazioni. D'altra parte il riapparire delle mestruazioni va unito ad un cambiamento favorevole dello stato morboso.

Un grandissimo numero di disturbi mentali decorre con *attacchi* singoli, interrotti da lunghi e liberi intervalli. Un simile decorso ad attacchi è ben comprensibile laddove la medesima causa occasionale agisce sempre di nuovo. A questi stati appartengono gli eccitamenti degli alcoolisti. Nei disturbi psichici epilettici le manifestazioni ad attacchi sono basate sul ciclo caratteristico delle trasformazioni fondamentali, non ancora ben conosciute; analogamente può dirsi di quei disturbi mentali molto rari successivi alla intossicazione malarica i quali imitano il decorso febbrile e si pongono al suo posto. L'infermo però deve essere considerato innanzi tutto, anche negli intervalli liberi,

non come normale, solo non appaiono le manifestazioni patologiche. La degenerazione psichica degli alcoolisti e degli epilettici, l'incertezza del loro interno equilibrio costituiscono il tratto di unione tra i singoli accessi della pazzia, come l'intossicazione malarica con i suoi segni dura più a lungo di singoli attacchi febbrili.

Molto similmente sono da considerare quei disturbi psichici che per il loro decorso accessionale, vanno sotto il nome di pazzia « periodica ». Si tratta in tali casi di un più o meno regolare alternarsi di periodi patologici con periodi normali; i singoli periodi possono durare settimane, mesi, e anche più anni. Ugualmente la durata degli intervalli (« intermissioni ») può oscillare da alcune settimane fino ad alcuni anni. La causa essenziale della malattia sta in tali casi, probabilmente, nel soggetto malato, perchè molto frequentemente non si riscontra per l'esplosione dell'attacco alcuna cagione, o si riscontra solo una cagione del tutto insignificante; occasionalmente i *menses* hanno tale influenza determinante. Esistono però anche forme nelle quali singoli periodi morbosi si presentano essenzialmente o esclusivamente in seguito a sfavorevoli avvenimenti esterni della vita (emozioni, puerperio, malattie somatiche), fatti che molto difficilmente avrebbero procurato in un cervello vigoroso una tale oscillazione dell'equilibrio psichico; in simili casi gli attacchi sono più rari e più irregolari. E finalmente si riscontrano alcuni casi, nei quali la malattia si manifesta solo due o tre volte nella vita. Qui non si può parlare di una vera periodicità, ma l'intima relazione tra i singoli attacchi si manifesta perchè appartengono al medesimo ciclo di forme cliniche. Da tale conformità di quadri morbosi ci sembra avere il diritto di mettere in questo gruppo anche quei casi assai rari nei quali si presenta solo un unico attacco accentuato.

D'altra parte la manifestazione clinica degli attacchi nella pazzia periodica non è sempre così uniforme, da far sì che ogni attacco successivo ripeta esattamente il quadro dell'attacco precedente; più frequentemente vediamo succedersi stati differenti. Non solo la durata e la intensità dei fenomeni morbosi può essere diversissima, ma anche la caratteristica clinica dei singoli periodi morbosi può dimostrare grandi differenze nel medesimo caso. Questa variabilità si rende specialmente manifesta in quella forma alla quale si è dato il nome di pazzia *circolare,* in cui si ha un'alternativa più o meno regolare di stati maniaci e di stati depressivi. Ma anche i periodi a colorito simile offrono differenze nella maggiore o minore manifestazione di eccitazione, di arresto psichico, o del miscuglio di entrambe, nell'insorgenza o nella

mancanza di idee deliranti e di disturbi psico-sensoriali. Però si tratta sempre di un determinato ciclo di forme, nel quale si muovono tutti questi quadri, sicchè la loro intima unità può essere riconosciuta senza difficoltà, e per ciò da un dato attacco si può presumere che ritornino altri attacchi dello stesso gruppo clinico.

Il numero e la durata degli attacchi sogliono nel decorso di tutta la malattia aumentare in modo graduale. Perciò la completa personalità psichica subisce un certo nocumento sebbene forse dapprincipio non sia nettamente riconoscibile. Specialmente nei casi nei quali si ha un accumulo di attacchi gravi divisi da brevi intervalli, si possono avere stati di profonda debolezza mentale. Del resto anche nei casi più leggeri gli infermi periodici spesso non sono completamente sani nei periodi intervallari; alcune irregolarità, contegno chiuso o molto eccitato, evidente irritabilità o ottusità emotiva, debolezza o unilateralità nell'attività psichica, ma specialmente la mancanza di una completa percezione del proprio stato morboso, si dimostrano spesso anche quando l'individuo apparentemente guarito è già ritornato alle sue precedenti occupazioni.

Un significato essenzialmente diverso degli intervalli nella pazzia periodica, si riconosce in quelle « remissioni » delle manifestazioni patologiche, che così frequentemente si presentano nella paralisi progressiva e ugualmente nella dementia praecox In questi casi si tratta di malattie a decorso manifestamente progressivo. Malgrado ciò la malattia può di tempo in tempo arrestarsi, mentre intanto i sintomi patologici più manifesti retrocedono completamente o quasi. Il che vuol dire che le lesioni fondamentali si possono in qualche modo transitoriamente compensare. Però nella grande maggioranza dei casi rimangono i residui di disturbi che indicano un mutamento della completa personalità psichica. Ma specialmente nella paralisi in modo quasi immancabile, e nella dementia praecox di regola, sopravviene tosto o tardi una nuova fase della malattia, che sempre più induce un considerevole peggioramento dell'intero stato e, spesso, profonda demenza. Che talora e come avvengano nelle due malattie arresti stabili o completa guarigione non è ancora accertato.

Periodo della guarigione. — Ordinariamente allo scomparire dei singoli attacchi si riscontrano oscillazioni nello stato morboso, talchè queste sono da considerare in generale come segni favorevoli. Vero è che specialmente nei disturbi psichici che si originano rapidamente e che hanno una corta durata (pazzia alcoolica, stati di eccitamento epilettico, delirio da collasso, delirio febbrile), avviene di vedere una

scomparsa quasi istantanea di tutte le manifestazioni morbose: p. e., dopo un profondo sonno. Nella grandissima maggioranza dei casi però la diminuzione di un disturbo psichico avviene gradualmente nel corso di settimane e mesi. Dapprincipio sembra si perda la difficoltà a percepire e a pensare; gli infermi cominciano ad orientarsi nel loro ambiente, chiamano in modo giusto il medico e gli altri infermi, comprendono meglio, parlano con più coerenza. Molto più tardi scompaiono i segni dell' eccitamento emotivo, il tono sentimentale allegro o triste; gli infermi divengono più tranquilli, più liberi, più uguali nel loro contegno. Dapprincipio tale miglioramento si ha forse solo per un breve tempo, giorni o ore e ben presto si ritorna di nuovo alle manifestazioni morbose. A poco a poco i miglioramennti divengono più frequenti e hanno una durata più lunga; le ricadute perdono di intensità, finchè infine solo leggieri peggioramenti interrompono, in occasioni speciali, il decorso progressivo della guarigione.

Più a lungo che tutte le altre manifestazioni morbose sono mantenute la *oscillabilità dell' equilibrio emotivo* e l'ottundimento delle reazioni sentimentali, anche quando i disturbi della attività intellettiva e le permanenti depressioni erano già da parecchio tempo scomparse. Così il decorso della malattia nei singoli periodi può essere nel modo più esatto giudicato dal contegno delle reazioni emotive. E sono appunto i sentimenti per mezzo dei quali si dimostra direttamente la momentanea attitudine del soggetto alle impressioni e alle rappresentazioni del contenuto della sua coscienza che possono nel miglior modo rischiararci sullo stato attuale della coscienza stessa, mentre il lavoro intellettivo è dominato molto più da ciò che viene acquisito nelle epoche precedenti, dal patrimonio delle rappresentazioni, dei concetti e dei giudizi precedentemente formati. Un disturbo delle attività intellettive si stabilisce perciò relativamente tardi e viene dalla influenza delle esperienze raccolte precedentemente, compensato molto prima che non i mutamenti della sfera sentimentale.

Rapporti molto chiari e quindi di grande importanza pratica per il completo decorso della pazzia offre il *peso del corpo* dei nostri infermi. Mentre tutti gli stati morbosi lasciano riconoscere oscillazioni gravi del peso del corpo solo in quantochè vi influiscono disturbi nutritivi manifesti o forse eccitamenti transitorii, ogni vero processo morboso psichico si inizia con una diminuzione del peso corporeo, la quale in pochi mesi e anche in poche settimane, a seconda le circostanze, può essere di 10, 15 chilogr. Durante il decorso della malattia la diminuzione progredisce lentamente; del resto senza una speciale ragione si presentano solo piccole oscillazioni.

Ulteriormente il peso del corpo si comporta in diverso modo secondo la natura della malattia. Ciascuna vera guarigione va unita ad un considerevole aumento della nutrizione generale. Spesso il cambiamento nel decorso della malattia si manifesta già dal comportamento del peso del corpo in un periodo nel quale tutte le altre manifestazioni morbose non lasciano riconoscere alcun miglioramento. Viceversa noi vediamo a volte un cambiamento favorevole dello stato morboso senza che migliori corrispondentemente la nutrizione. Simili cambiamenti dovrebbero essere riguardati sempre con sfiducia, fin tanto che l'aumento del peso del corpo, che è assolutamente necessario ma qualche volta ritardato, non sia finalmente raggiunto. Nel modo più chiaro tale regolare comportamento si ha nelle psicosi da infezione e da esaurimento, e nei singoli attacchi della follia maniaco-depressiva.

Negli esiti sfavorevoli la demenza, oltre a rendere l'infermo tranquillo, fa aumentare il peso del corpo fino allora fortemente diminuito. In tali condizioni è molto difficile nei singoli casi poter dire se il mutamento abbia un significato favorevole o sfavorevole. Però per lo più i segni che si vanno gradatamente dimostrando della guarigione o della demenza renderanno presto possibile il giudizio. In alcuni dementi senili e nei melanconici, forse anche in alcune altre forme della pazzia, può mancare, durante la demenza, l'aumento della nutrizione.

Una considerazione speciale merita forse l'osservazione fatta che le più forti oscillazioni del peso del corpo si riscontrano nella paralisi progressiva e nella dementia praecox. In questi casi con l'inizio di un certo stato di calma sopraggiunge spesso una enorme voracità, a cui segue un aumento considerevole del peso del corpo. Gli infermi diventano enormemente pingui; i lineamenti del loro volto cambiano completamente, il tessuto sottocutaneo delle guance e delle braccia si mostra infiltrato enormemente, in modo da ricordare spesso in modo evidente il mixoedema. In seguito per lo più si vede scomparire questo turgore in modo più o meno rapido. Io non posso consentire nell' opinione che si tratti in tali casi di una semplice conseguenza dell'aumentato introito di nutrimento, perchè per lo più vediamo che altri infermi non divengono più grassi malgrado un grandissimo appetito. Piuttosto io sono portato ad ammettere che le oscillazioni del peso del corpo siano parziali manifestazioni della malattia generale del ricambio materiale, che a me sembra sia la base di queste malattie. La fame eccessiva potrebbe forse rappresentare, come avviene nel diabete, solo uno dei segni del deviamento patologico nei processi di nutrizione.

B. *Esiti della pazzia.*

Noi dovremmo aspettarci che tutte quelle forme della pazzia che sono l'espressione di determinati processi morbosi, abbiano non solo un decorso in generale ben stabilito, ma anche un determinato esito. Ma il risultato finale di una malattia viene influenzato essenzialmente dalla capacità di resistenza personale, come anche dal grado della malattia; anche circostanze casuali possono influire. Per questi motivi la nostra prognosi sui probabili esiti di un disturbo mentale avrà anche, nella migliore ipotesi, un considerevole grado di incertezza. Specialmente dovremo ricordare che malattie, in generale guaribili, possono in date circostanze finire in malattie psichiche inguaribili o anche con la morte.

Perciò una esatta *prognosi* (1), uno dei cómpiti medici più importanti, è anche nel nostro campo raggiungibile solo entro certi limiti. Noi conosciamo da una parte malattie le cui manifestazioni scompaiono regolarmente dopo un tempo più o meno lungo, e d'altra parte ne conosciamo altre che per la loro natura conducono sempre, o quasi sempre, a morte. In mezzo, tra queste due, si trovano quelle malattie, le quali possono divenire inguaribili. In queste malattie la prognosi raggiunge la maggiore difficoltà pratica. In parte ciò è dovuto alle nostre conoscenze ancora molto insufficienti sull'esito finale delle malattie, decorrendo a volte queste per decennii; in parte è dovuto alla mancanza di esperienza per quei sintomi dai quali derivano le conclusioni prognostiche. Abbiamo però, io credo, il diritto di supporre che anche in questo campo si potranno formulare col tempo sicure leggi. Specialmente dobbiamo ammettere che lo stato terminale consecutivo ad un processo morboso non guarito, offra dei segni i quali sono in certo modo caratteristici. Se l'essenza delle singole forme della pazzia è diversa, se per le loro manifestazioni siamo in grado di distinguerle l'una dall'altra, si potrà presupporre che anche i mutamenti patologici residuali delle diverse forme non siano gli stessi. Quindi deve essere possibile risalire dallo stato terminale al precedente processo morboso, e reciprocamente all'inizio della malattia determinare in maniera precisa quali siano i possibili esiti. La soluzione sempre più perfezionata di tale cómpito è questione di progressiva esperienza.

Guarigione — Il processo di miglioramento si continua senza limiti netti con la completa guarigione. Gli esigui resti della malattia superata, come isolate idee deliranti o disturbi psico-sensoriali, o l'aumentata

(1) Ilberg, *Die Prognose der Geisteskrankheiten.* 1901.

eccitabilità vanno gradualmente scomparendo; le vedute e le tendenze normali risaltano di nuovo: le abituali occupazioni vengono riprese; la personalità psichica con tutta la sua originalità, oltrepassando il periodo morboso, si collega con il passato normale del tempo premorboso, ugualmente come dopo un sogno confuso appena svegliati o talvolta solo dopo alcune riflessioni cerchiamo di ricordare e annodare ciò che è avvenuto prima di addormentarci. Quando la personalità psichica è reintegrata completamente nel dominio del suo tesoro d'esperienza, quando il corso dei processi psichici non è più turbato da sentimenti o rappresentazioni morbose, allora possiamo parlare di una completa guarigione. Tal fatto avviene, secondo si ammette usualmente, nel 30, 40 per 100 dei casi che vengono condotti nei Manicomi. Per l' apprezzamento di questi dati deve considerarsi che da una parte molti casi inguaribili a decorso cronico non giungono mai nel Manicomio, e che d'altra parte numerose malattie leggiere hanno ugualmente il loro favorevole decorso nella cura famigliare.

Prendendo in considerazione questi fatti, risulterebbe che la prognosi dei disturbi psichici non si presenta molto più sfavorevole di quella delle gravi malattie somatiche. Se si considera il grandissimo numero dei tubercolosi, dei malati di cuore, dei cancerosi, dei malati inguaribili di malattie del cervello, di nervi e dei reni nei grandi Ospedali, appare allora che la differenza dei veri successi nella cura tra i malati degli Ospedali e quelli dei Manicomi consiste essenzialmente nel fatto che gli infermi si risolvono ad entrare nell'ospedale anche per malattie di minima importanza.

Solo una più esatta conoscenza dei disturbi psichici c'insegna che questi disturbi non sono sempre sfortunatamente solo i sintomi di gravi malattie, ma anche in grandissima maggioranza i sintomi di malattie inguaribili. Veramente complete guarigioni nel senso più stretto della parola sono relativamente molto rare. A dire il vero noi possiamo parlare di vere guarigioni nei disturbi psichici dovuti al delirio febbrile, agli avvelenamenti e alle auto-intossicazioni tireogene, di più nelle psicosi da esaurimento e al massimo in un certo gruppo di psicosi da involuzione, mentre in tutte le altre forme della pazzia abbiamo a che fare con malattie inguaribili. È bensì vero che possiamo vedere abbastanza spesso sparire completamente e per lungo tempo, anche per molti anni, tutte le manifestazioni morbose più accentuate, sicchè simili casi vengon messi senza esitare nel numero delle vere guarigioni. Noi ci riferiamo qui specialmente alla pazzia epilettica e alla follia maniaco-depressiva, come anche alla catatonia e ad alcuni casi della paralisi

progressiva. Regolarmente però in tali casi la malattia riappare più presto o più tardi, sia ripetendosi semplicemente l'attacco precedente, sia con un progressivo e lento cammino della malattia fondamentale. Praticamente gli intervalli equivalgono spesso completamente o presso a poco alla guarigione; dal punto di vista scientifico però dobbiamo sfortunatamente riconoscere che ad un esame più esatto dei casi ne rimangono solo una piccolissima parte, nei quali, per l'odierno stato delle nostre conoscenze, possiamo ritenere che vi sia una finale e completa guarigione. Con ciò però osservo espressamente che non sembra affatto esclusa la speranza di poter avere forse in seguito la guarigione per certe forme della pazzia, che presentemente sono inaccessibili ad ogni efficace cura.

La caratteristica più importante della avvenuta guarigione è, oltre allo scomparire delle manifestazioni morbose percettibili, il *riconoscimento* della natura morbosa della malattia superata, e insieme per lo più, il mostrare una certa gratitudine per la cura e l'assistenza ricevuta. Quando l'infermo riconosce la sua malattia, ciò è per noi garanzia che esso risente come cosa estranea i mutamenti patologici della sua vita psichica: in altre parole è ritornato nel campo del normale nel quale si trovava prima della malattia. La mancanza del riconoscimento della infermità indica sempre la impossibilità di un giusto giudizio sulle impressioni risentite durante il periodo della malattia psichica. Tale mancanza ha la sua ragione o nella continuazione di disturbi psicosensoriali, di delirii e di un morboso tono sentimentale, oppure nella incapacità ad usare completamente la normale forza di critica, per la quale si richiede da una parte tranquillità ed equilibrio emotivo, e dall'altra un certo lavoro e una certa vivacità psichica. Non può essere considerato come completamente guarito l'infermo che non riconosca pienamente e completamente la malattia sofferta, mentre viceversa si può riconoscere bene la natura patologica del disturbo psichico senza perciò avere in ogni caso la guarigione. In alcuni casi di pazzia inguaribile che ha profonde radici nella predisposizione individuale, una tale conoscenza di sè stesso esiste non molto di rado. Però nei disturbi che decorrono ad accessi il riconoscimento della infermità rimane sempre un segno molto favorevole, specialmente quando contemporaneamente vanno diminuendo le manifestazioni più gravi. In alcuni casi il riconoscimento della infermità avviene solo tardivamente e stentatamente, dopo che tutti gli altri sintomi del disturbo psichico sono già completamente scomparsi. In tali casi dovremo riguardare ciò come espressione di una incapacità originaria o acquisita per una rapida riparazione dei disturbi morbosi.

Con grandissima regolarità, per lo meno in tutti i disturbi psichici che durano lungamente, insieme con la guarigione progressiva va unito un ristabilimento somatico, e cioè oltre all'accrescimento del peso del corpo vi è anche aumento dell'appetito, del sonno, senso di benessere, segni che, con il contemporaneo iniziarsi di favorevoli mutamenti psichici, hanno un valore prognostico importante e che sembrano stiano principalmente in intima relazione con una diminuzione dell' eccitabilità emotivo.

In un piccolo numero di casi si è osservato che l'inizio della guarigione psichica è avvenuto durante e in seguito ad una malattia febbrile, (specialmente nel tifo, nella eresipela, nella febbre intermittente), più raramente dopo forti emorragie, dopo gravi suppurazioni o in seguito a lesioni del capo (1). In tali casi si tratta con grande frequenza di malattie relativamente recenti, melanconia, mania, amenza degli autori, ma a volte il favorevole cambiamento si ha anche dopo una durata più lunga e in casi che apparentemente non presentano più alcuna speranza di guarigione; così sono stati descritti grandi miglioramenti nella paralisi progressiva in seguito a suppurazioni. In realtà si deve procedere sempre con grandissima precauzione per spiegare simili osservazioni, perchè guarigioni sorprendenti o anche miglioramenti non sono, indipendentemente da ciò, molto rari; tutto ciò non è che una semplice conseguenza della nostra incompleta conoscenza clinica delle malattie mentali. D'altra parte si possono senza dubbio riscontrare diminuite le idee deliranti durante una eventuale malattia febbrile anche negli infermi da lungo tempo dementi e confusi e intervenire una inaspettata vivacità psichica, la quale in realtà rimane solo per poco tempo. La spiegazione di simili osservazioni è oscura; noi ci dobbiamo contentare di supporre che si producano in tali casi, come analogamente dimostra l'insorgere di disturbi psichici da uguali cause, potenti trasformazioni nella nutrizione della corteccia cerebrale.

Una completa guarigione di una malattia mentale avverrà in generale con maggiore facilità nel periodo più vigoroso della vita e in quei casi nei quali la causa di tutta la malattia consisteva in un *fatto transitorio e esterno*. Quanto meno le ragioni della infermità si trovano nell'organismo infermo, tanto più rapidamente e completamente l'organismo sarà in grado, nelle medesime condizioni, di riparare i disturbi e di ritornare allo stato normale. Infatti noi vediamo che

---

(1) Fiedler, *Deutsches Archiv. für Klinische Medizin*, 1880, *XXVI*, 3; Lehmann, *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1887, *XLIII*, 3; Wagner, *Jahrb. für Psychiatrie*, *VII*, 1887; Friedländer, *Monatsschr. für Psych.*, *VIII*, 60, 1900.

speranze maggiori di guarigione si hanno specialmente in quelle forme di pazzia le quali vengon prodotte da cause che agiscono potentemente, ma che in generale non producono alcun mutamento durevole (intossicazioni, malattie febbrili, puerperio). Condizioni assai più sfavorevoli si hanno quando le cause morbose o producono stabili mutamenti somatici (lesioni del capo, sifilide, a volte il tifo), o anche quando influiscono sull'individuo continuamente per un tempo più lungo, sicchè con l'accumulo della loro influenza producono gradualmente un mutamento durevole nel totale suo stato (emozioni diuturne e malattie croniche, alcoolismo, morfinismo, intossicazioni da ricambio materiale).

Guarigione incompleta. — Dalla estensione di questo disturbo permanente, dalle influenze alle quali il malato è ulteriormente sottoposto dipende ancora, per quanto è possibile, il ritorno al precedente stato normale. Se pure un processo patologico iniziantesi prende dapprincipio un decorso favorevole, nondimeno abbastanza frequentemente rimane una « *disposizione* », una tendenza a successive malattie, che fa valere la sua funesta influenza quando l'individuo risanato si ritrova nella condizione di essere di nuovo colpito dalle passate cause nocive. La seconda volta egli ricade più facilmente nella malattia già superata che non nel primo caso. Ogni ricaduta diminuisce sempre più la capacità di resistenza per il tempo successivo, sicchè cause sempre minori bastano per far ritornare nuovamente gli stati morbosi.

Condizioni del tutto analoghe, che in tal modo possono essere dovute all'influenza di cause permanenti o frequentemente ritornanti, si riscontrano quali originarie debolezze della personalità nei soggetti a disposizione prevalentemente morbosa. Poichè in tali casi le condizioni patologiche si debbon ricercare nella persona stessa, non si potrà parlare completamente di guarigione dei disturbi mentali nel senso di un totale ritorno alla normalità, poichè il punto di partenza non era realmente da considerare come normale. La condizione più essenziale di ogni guarigione, cioè la scomparsa della causa morbosa, non è possibile nei casi in cui quest'ultima è rappresentata appunto dalla intera caratteristica individuale. Malgrado ciò noi vediamo non raramente in simili soggetti scomparire manifestazioni morbose psichiche accentuate e gravi con la stessa rapidità con la quale da cause poco importanti avevano avuto origine.

La cosa che sorprende veramente è in simili casi più l'ultima che non la prima manifestazione. La frequenza patologica di oscillazioni dell'equilibrio per eccitamenti di esigua importanza fa sembrare la malattia molto più grave di quel che non sia. Sarebbe bene errato

se dalla palpitazione di un malato di cuore volessimo dedurre che egli si trovi in quel grado di eccitamento emotivo, che noi dovremmo supporre nelle stesse condizioni nell'individuo sano. Saremmo allora meravigliati di riscontrare una tranquillità rapidamente insorgente, laddove noi credevamo avere a che fare con una profonda durevole emozione. Viceversa però continuando nell' esempio, basterà una piccola causa perchè il sintoma morboso ritorni nel suo pieno vigore, sicchè alla fine esso rimane continuatamente forse per il semplice lavoro quotidiano mentre in altro modo una infermità può esser presente a volte da molto tempo senza offrire evidenti disturbi. Ugualmente noi abbiamo da fare nel malato psichico con una diminuzione della capacità di resistenza, la quale può condurre, senza una speciale scossa irritativa, allo sviluppo di una malattia psichica, e che rappresenta un mutamento patologico dell'intera personalità anche quando non dà luogo a manifestazioni più vivaci. La guarigione dei disturbi transitori è da paragonarsi con la scomparsa di un attacco di cardiopalmo in un malato di cuore; la malattia fondamentale rimane sempre immutata.

La discussione precedente ci ha insegnato a conoscere l'esito della pazzia in guarigione incompleta, cioè il « *miglioramento* » e la « *guarigione con difetto* ». Le vere manifestazioni patologiche anche in tali casi regrediscono notevolmente: il tono sentimentale diviene più tranquillo e più uguale; le idee deliranti e i disturbi psico-sensoriali scompaiono gradualmente, ma si manifestano i segni più o meno evidenti di una diminuzione della capacità alla attività e alla resistenza psichica: la *debolezza mentale*. Il convalescente pensa dal punto di vista formale giustamente, e riconosce anche la sua malattia, ma non è più quello di prima, ha perduto una parte della sua personalità. Come ben dice Griesinger: « è proprio la parte migliore e la più preziosa che è scomparsa nella individualità psichica ». La vivacità e la freschezza psichica, la profondità emotiva, la indipendente forza all'attività sono perdute senza rimedio. Abbastanza spesso la completa estensione della debolezza psichica passa inosservata all'ombra della vita manicomiale, perchè nel tranquillo, regolare succedersi dei giorni non si hanno speciali esigenze. L'esperimento di un congedo dal Manicomio è perciò una prova decisiva, che con grande frequenza permette già dopo breve tempo di distinguere gli individui solo « migliorati » da quelli completamente guariti, anche se antecedentemente non era ancora possibile un giudizio definitivo.

Vero è che ciò dipende anche molto spesso dalle circostanze esterne. Se la vita in famiglia è felice, se la situazione economica e la posizione sociale sono favorevoli, allora l'infermo è spesso in grado di

sostenere la sua posizione. Solo egli ha perduto l' energica fermezza di volontà; non è più valido per le condizioni difficili e per le lotte gravose della vita; facilmente l'equilibrio psichico è vacillante, sicchè la stabilità nelle azioni è interrotta. Tale stato suole aversi come esito delle psicosi dell'età avanzata, della nevrosi da spavento, però specialmente nei miglioramenti della paralisi progressiva e della dementia praecox. Molte vite naufragate in modo incomprensibile e che terminano in fine in una sfera di attività modestissima dovrebbero essere riportate a questi stati di debolezza così prodotti. Quale conclusione completamente naturale è da considerare infine la guarigione incompleta in quei casi nei quali tutto il processo morboso si è manifestato sul terreno di una personalità fin dall' inizio insufficiente. In tali casi non si raggiunge neppure la primitiva altezza, invece l'individuo migliorato esce dall'attacco ancora più indebolito, sicchè con ripetizione più frequente della malattia anche la decadenza psichica subisce ogni volta un certo aumento.

Inguaribilità. — La guarigione incompleta indica appunto l'inizio di un mutamento inguaribile nel completo stato individuale, ma questo mutamento consiste in una semplice diminuzione, di maggiore o minor grado, della capacità alla attività e alla resistenza psichica, senza che vi sia una trasformazione nel contenuto essenziale del pensiero, del sentimento, della condotta. Si può però successivamente distinguere un esito in *inguaribilità,* che significa o l'aumentato perdurare della trasformazione patologica una volta avvenuta, o il progredire di essa fino alla completa distruzione della personalità psichica. Il primo esito si riscontra in alcuni infermi affetti da follia maniaco-depressiva, come anche da paranoia, nei quali è mantenuto permanentemente un sistema delirante lentamente sviluppantesi, senza che vi sia un aumento essenziale della debolezza psichica. Neppure in tale caso si può parlare di un *completo* arresto della malattia. Piuttosto ad un attento osservatore non sfuggira la diminuzione della capacità psichica per periodi più lunghi; già l'influenza debilitante del soggiorno uniforme nel Manicomio ha una certa azione per tale fatto. Anche per la dementia praecox si osserva molto spesso il ritorno ad uno stato di equilibrio permanente unito a manifestazioni di debolezza psichica, e a qualche altro residuo del periodo morboso. Tali manifestazioni sono, per così dire, il tratto di passaggio alle guarigioni incomplete. Questi infermi sono in grado di orientarsi senza grandi difficoltà in situazioni semplici, possono occuparsi, e posseggono anche una idea superficiale della loro malattia, sicchè essi possono, nel loro ambiente, essere ritenuti quasi come normali. Di tempo in tempo però ritornano gli an-

tichi disturbi psico-sensoriali da cui gli infermi si lasciano transitoriamente dominare completamente, fin tanto che dopo alcune ore o alcuni giorni l'eccitamento scompare e tutto viene di nuovo rapidamente dimenticato, senza che venga elaborato in modo delirante.

A tutti questi stati che si mutano in modo molto lento, può essere messo a confronto il decorso patologico veramente *progressivo,* come avviene regolarmente in certe forme della follia maniaco-depressiva e epilettica, nella dementia praecox e specialmente nella paralisi progressiva. Questo sviluppo è dato per lo più da ciò, che da principio la potenza dell'eccitamento emotivo durevole diminuisce, mentre i concomitanti disturbi intellettivi non retrocedono affatto o solo incompletamente, e rimangono invece in forma di profonda incapacità di giudizio e di ottundimento psichico, di idee deliranti incoerenti e contraddicentisi, o di completa confusione fino alla demenza più profonda. Naturalmente tale progressivo processo distruttivo della personalità originaria, che va sotto il nome di *demenza,* è prodotto dalla forma del disturbo psichico terminale in modo e specialmente in periodi molto diversi. Anche negli stati terminali inguaribili, nella melanconia rimane la timidezza e lo sbigottimento, nella follia maniaco-depressiva la incapacità a risolversi o lo stimolo all'attività e la mutabilità del tono sentimentale. Lo stato demenziale successivo alla dementia praecox è caratterizzato da una più o meno grave ottusità e da una indifferenza degli infermi, mentre sono mantenute singole capacità e cognizioni. Contemporaneamente si riscontrano di solito accenni a manifestazioni catatoniche, manierismi, riso sciocco, catalessia, stereotipia. Frequentemente esistono anche disturbi psico-sensoriali, idee deliranti incongrue, confusione verbale, come pure stati di eccitamento di breve durata ripetentisi di tempo in tempo. Tuttavia in tali casi come anche nella paralisi progressiva, scompaiono, abbastanza spesso, anche le ultime tracce di quelle manifestazioni morbose esistenti prima in grande copia, manifestazioni che vengono distrutte dalla stessa decadenza psichica che non può essere arrestata. Al contrario noi vediamo in alcune forme paranoidi e nella paranoia rimanere non di rado per anni e per decenni le idee deliranti già sviluppate.

Morte. — L'ultimo degli esiti dei disturbi psichici è la morte. Senza dubbio la mortalità è notevolmente aumentata dalle malattie psichiche; nei pazzi è cinque volte maggiore che nella popolazione adulta normale. Questo numero si spiega se si riflette innanzi tutto che una serie di malattie cerebrali, sulle quali è basata la pazzia, inducono lesioni somatiche molto gravi, le quali alla loro volta possono direttamente o indirettamente portare a morte. Il processo morboso

più importante per questo caso è quello della paralisi progressiva. In questa la morte si può avere addirittura con le manifestazioni del marasma più profondo e per estrema debolezza cardiaca. Più frequentemente i malati muoiono negli attacchi paralitici. L'esito mortale avviene in tali casi o direttamente per paralisi cerebrale o per l'insorgere di decubiti, per pneumonite *ab ingestis,* per ferite, per tossiemie, ecc. In casi singoli si possono considerare come causa di morte, oltre la paralisi cerebrale, le malattie cerebrali molto simili a questa, cioè la gliosi, l'arterio-sclerosi, le alterazioni sifilitiche, i tumori, le embolie, le emorragie, le trombosi.

Nel maggior numero dei casi tuttavia la malattia che produce il disturbo psichico non è per sè stessa mortale. Al contrario non molto raramente la morte viene causata dal fatto che si sviluppano isolate manifestazioni morbose pericolose alla vita. Tra queste sta anzitutto la tendenza al *suicidio,* che tanto frequentemente va unita a idee deliranti tristi o al tono sentimentale depresso. Il suicidio è una manifestazione della pazzia molto funesta e praticamente importantissima la quale, se gli infermi non sono molto bene sorvegliati, fa numerose vittime. Inoltre devono essere ricordate quali cause di morte dei malati mentali la *sitofobia,* la *irrequietezza* e la *insonnia* di alcuni malati che giungono in tal modo ad un estremo esaurimento, il *decorso grave di lesioni chirurgiche* per la impossibilità a compiere una adatta cura.

Ma finalmente è un fatto di grandissimo valore che anche il manifestarsi di alcune malattie somatiche viene favorito dalla pazzia. Specialmente la *tubercolosi* nei tempi passati mieteva nei Manicomi un numero di vittime cinque volte maggiore che nei sani di mente. La vita simile a quella di una caserma, l'affollamento spesso soverchio, la grande occasione al contagio, inoltre specialmente l'ottundimento di molti infermi e la diminuzione della attività respiratoria e circolatoria che si collegano a questo stato, sono di capitale importanza per la spiegazione di tale fatto. Col miglioramento delle condizioni generali di vita, sopratutto però con l'isolamento dei malati a tempo opportuno, si è riusciti negli ultimi tempi a limitare considerevolmente nei Manicomi il pericolo della tubercolosi (1).

C. *Durata della pazzia.*

La durata dei disturbi psichici offre grandissime differenze. Dove le condizioni originarie della pazzia esistono nell'individuo stesso, la

(1) Oswald, *Allgem Zeitschr. f. Psych., LIX,* 437.

pazzia perdura per tutta la vita: quanto più essa invece dipende da cause esterne e quanto più rapidamente e transitoriamente queste cause agiscono, tanto più breve è la durata della malattia. I delirii febbrili, i delirii da intossicazione e da collasso possono scomparire dopo pochi giorni, ore e anche minuti. Ma anche nella predisposizione morbosa, negli epilettici, negli isterici sono stati osservati « attacchi » di disturbi psichici che hanno presentato solo una brevissima durata. In tali casi però, come già antecedentemente si è detto, si deve considerare che simili attacchi rappresentano per così dire solo peggioramenti di uno stato permanente che è già per sè stesso patologico, sebbene tale stato non si manifesta usualmente con evidenti manifestazioni morbose. In generale le psicosi, all'infuori dei suddetti casi eccezionali, mostrano in media una durata considerevolmente più lunga delle malattie somatiche, sicchè nelle prime la distinzione in forme acute e croniche suole farsi con altro criterio. Anche nelle malattie recenti il decorso si trascina regolarmente per una serie di mesi; sicchè i casi che hanno anche la durata di un anno e anche più vengono considerati come acuti o subacuti. Tuttavia la grande maggioranza delle psicosi guaribili suole avere un esito favorevole dentro il primo anno. Guarigioni dopo più di due anni di durata della malattia sono sufficientemente rare; però simili casi eccezionali si danno anche dopo 5, 8, 10 anni; anzi sono state riferite rarissime osservazioni nelle quali si è avuta una guarigione inaspettata dopo un soggiorno nel manicomio di 20 anni (1). Alcune di simili « guarigioni tardive » si riscontrano negli infermi di follia maniaco-depressiva, nei quali occasionalmente possono riscontrarsi attacchi della durata di più di 10 anni. La più grande quantità dei casi appartiene però probabilmente al campo della catatonia. In questi casi i sorprendenti miglioramenti dopo un lungo decorso morboso seguono talvolta ad una malattia febbrile, al trasloco in un altro ambiente. Senza dubbio in tutti questi casi non si tratta però di completa guarigione, ma di « guarigione con difetto », anche quando è possibile il ritorno in famiglia e in qualche caso alla attività professionale.

Oltre la forma delle psicosi e oltre la personalità del malato, influisce senza dubbio sulla durata della malattia anche la cura. Quanto più presto i malati mentali vengono trasportati in un ambiente adatto, nella casa di salute, tanto più rapido è, *coeteris paribus,* il decorso del disturbo psichico e tanto più favorevoli sono le speranze di una guarigione possibilmente completa.

---

(1) Kreuser, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII,* 771. 1900.

IV.

Diagnosi della pazzia

La risposta alla domanda se esista un disturbo mentale nel caso singolo, ammette innanzi tutta la conoscenza dei fatti che ci permettono di fare un quadro, per quanto è possibile chiaro e completo, della storia e dello stato della completa personalità. I punti di vista per la elaborazione di questi fatti ci sono forniti dalla esperienza clinica. Essa c'insegna se e fino a qual punto le presenti osservazioni coincidono con ciò che è sicuramente ammesso dalla scienza. In tal modo giungiamo nel singolo caso ad una *diagnosi,* e con l'accumulo delle osservazioni ad una comprensiva *dottrina delle forme delle malattie mentali.* Solamente il colpo d'occhio su tutto il campo clinico che in tal modo viene acquistato, ci permetterà di stabilire il confine della pazzia di fronte allo stato normale della mente. Nello stesso tempo esso ci dà la norma sicura per evitare quelle caratteristiche cause di errore nel giudizio psichiatrico, che provengono dalla simulazione o dalla dissimulazione dei segni morbosi. Fra tutti questi problemi che sono in stretto rapporto l'un con l'altro e che debbono essere riguardati per la diagnosi della pazzia, ci occuperemo qui, innanzi tutto, della esecuzione *dell' esame degli infermi,* della determinazione dei *confini della pazzia* e della scoperta della *simulazione* e della *dissimulazione;* mentre la classificazione dei casi in forme cliniche la riserveremo per successive dimostrazioni.

A. *Esame del malato* (1).

Il punto d'appoggio più importante e più comune per conoscere un disturbo psichico ci vien fornito naturalmente dai *sintomi* e dal *decorso* di esso; però per una conoscenza più profonda è necessario

(1) Morselli, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali.* 1885 u. 1895; Sommer, *Diagnostik der Geisteskrankheiten,* 2. Aufl. 1901.

sapere da quali *cause interne ed esterne* si sono sviluppati le manifestazioni. Lo scopo finale dell'esame clinico è perciò non solo la determinazione dei sintomi esistenti del disturbo psichico, ma anche la scoperta di quei fatti che possono essere importanti sotto il punto di vista delle relazioni causali. I mezzi di aiuto a dispo izione dell'esame clinico per raggiungere tutti questi scopi sono innanzi tutto: l'esame della vita anteriore fino alle precedenti generazioni, cioè la *anamnesi;* secondariamente l'esatto esame del complesso contegno somatico e psichico in un dato momento, cioè la raccolta dello *stato presente;* in terzo luogo la *continuata osservazione* del malato stesso ed infine in alcuni casi la *autopsia.*

Anamnesi. — La prima domanda si riferisce alla *eredità* nel senso più lato della parola. Chi vuole avere sicure informazioni farà bene ad esaminare con ogni possibile accuratezza ogni dettaglio e di non rimanere soddisfatto alle risposte generali. Oltre alle vere malattie mentali, sotto il nome delle quali i profani intendono regolarmente solo i casi più gravi curati nel Manicomio, non si deve dimenticare di indagare per tutti i membri della famiglia se vi siano state malattie nervose, personalità eccentriche, alcoolismo, azioni delittuose. Inoltre è da raccomandare di rivolgere isolatamente le domande a diversi parenti e forse anche allo stesso soggetto che si esamina, perchè spesso invòlontariamente vengono taciuti fatti importanti sia per ignoranza, sia per mancanza d'intelligenza, sia pure a volte volontariamente. In non pochi casi la personale conoscenza dei diversi componenti della famiglia (che hanno strani prenomi), offre già all'osservatore esperto un materiale sufficiente per giudicare sulla eredità. Una completa permanente irragionevolezza unita a speranza commovente per i disturbi più profondi degli infermi, una mancanza di criterio riguardo alle idee deliranti, un timore esagerato o troppo dimostrato, una sfiducia insensata per il Manicomio e per la sua influenza, una tendenza a tutte le possibili ciarlatanerie e il volersi immischiare nella cura: d'altra parte indifferenza, e anche rozzezza, sono non di rado segni caratteristici dei « componenti » le famiglie dei degenerati.

Nello svolgimento storico della vita dei soggetti dovremo naturalmente dirigere ordinariamente la nostra attenzione a tutte quelle influenze nocive che abbiamo già imparato a conoscere quali possibili *cause* della pazzia. Specialmente debbono essere prese in considerazione la sifilide o altre malattie generali dei genitori. Per il periodo della vita intrauterina dobbiamo domandare se vi furono gravi emozioni, malattie esaurienti o altre lesioni somatiche nella madre. Inoltre è

importante conoscere il decorso del parto, se vi furono malattie infettive o malattie cerebrali della prima età (convulsioni, paralisi), se vi furono disturbi nello sviluppo, quali furono le influenze della educazione, e, nelle successive età è d'uopo conoscere come si svolsero quei fatti personali che sono capaci di commuovere o distruggere permanentemente l'equilibrio psichico; innanzi tutto le varie trasformazioni puramente fisiologiche e patologiche nel campo somatico, lo sviluppo della età pubere, la funzione riproduttiva, le malattie di ogni genere e finalmente gli eccessi, le privazioni, le emozioni deprimenti. Vero è che con grande frequenza la ricerca di una causa ben determinata rimane del tutto senza resultato, sia perchè non ha esistito affatto una causa esterna apprezzabile per lo sviluppo della pazzia, sia perchè ella non è stata osservata, oppure si dimostra completamente insufficiente per spiegare la pazzia stessa. Così vengono riguardati non raramente dai parenti quali cause della psicosi fatti, che ad un esame più esatto si presentano senza dubbio come sintomi del disturbo già scoppiato, per esempio le stravaganze del paralitico, le querele dell'ipomaniaco, le auto-accuse del malinconico, la pigrizia o l'onanismo dell'ebefrenico.

Oltre alle cause devono essere certamente determinate le eventuali manifestazioni della pazzia nel passato e quindi il loro decorso e la loro durata Anche a questo scopo bisogna riportarsi sino alla prima fanciullezza. La rapidità dello sviluppo somatico e psichico (deambulazione, parola, lettura), la capacità intellettiva (certificati delle scuole), e la predisposizione morale, l'indole, la volontà, le tendenze personali e il loro sviluppo, ma specialmente il contegno durante la pubertà, sono per noi, sotto questo punto di vista, di grande importanza. Ma naturalmente è di maggiore interesse poter determinare il tempo nel quale si è manifestato un mutamento evidentemente morboso nella vita psichica. È appunto a questo riguardo che il medico può andare soggetto a grossolani e spesso involontari errori. Quasi in tutte le psicosi a lento decorso la malattia non viene per lungo tempo riconosciuta e quindi il suo supposto inizio viene riferito ad un'epoca di gran lunga posteriore alla vera. Solo con un interrogatorio più minuto si mette in evidenza come, anche prima del tempo indicato, spesso anche da mesi e da anni, già esistessero questi o quei segni del disturbo ai quali non si faceva gran caso, e si conosce così che le prime traccie morbose datavano già forse fino dalla prima gioventù. Gli individui colti sono spesso, sotto questo rapporto, osservatori non migliori degli ignoranti.

Specialmente importante è il poter determinare se la malattia attuale

è la prima presentatasi durante la vita, o se già antecedentemente si erano avuti attacchi simili e di altra natura. Il poter provare simili attacchi precedenti limita subito molto considerevolmente il numero delle forme morbose con le quali si ha a che fare. Certamente non è sempre facile poter rischiarare questo problema. Gli infermi stessi spesso non sono capaci di dare informazioni, e dai parenti gli stati leggeri di eccitamento o di depressione spesso non sono ritenuti come patologici, vengono riferiti a casuali avvenimenti o vengono addirittura dimenticati. Le indagini debbono essere dirette specialmente agli anni della pubertà e a quelli della involuzione. Stati depressivi epilettici vengono spesso scoperti per mezzo di domande; per esempio se abbia mai esistito disgusto della vita e specialmente se vi siano stati periodi di grande irritabilità. Se risultano attacchi precedenti si deve determinare esattamente se successivamente si è avuta completa guarigione, oppure se è rimasto qualche disturbo dalla prima malattia.

La dilucidazione più esatta dell'anamnesi della pazzia presuppone naturalmente una completa conoscenza delle singole forme patologiche. Già dai primi dati generali sopra le relazioni causali, sopra il lento o rapido sviluppo della malattia, sopra l'esistenza di disturbi psico-sensoriali, di idee deliranti, di disturbi mnemonici e intellettivi, di cambiamenti del tono sentimentale triste o gaio, di irregolarità nel contegno e nella condotta, di manifestazioni somatiche patologiche specialmente nervose; sopra il decorso stabile, progressivo, accessionale, circolare, può sospettarsi molto facilmente una determinata forma morbosa clinica, sospetto che, esaminando accuratamente i diversi sintomi, può essere confermato o respinto. A scopo pratico, e in mano di esperti, tale ricerca della anamnesi, che dà fin dall'inizio una idea generale della malattia, è molto più utile che fare un metodico interrogatorio che abbracci tutte le possibili manifestazioni della pazzia. Di minore importanza per la diagnosi, però di grandissima per la cura della malattia, sono infine le domande che non debbono mai essere trascurate, sulla tendenza a compiere atti pericolosi per gli altri, al rifiuto del cibo e specialmente al suicidio.

Stato presente. — Se anche l'anamnesi offre spesso già sufficienti criterii per potere, non solo affermare con grande verosimiglianza l'esistenza di un disturbo psichico in genere, ma anche per poterne determinare la forma, è però *assolutamente indispensabile,* come lo è nelle malattie somatiche, compiere l'esame obbiettivo anche nei casi che si presentano apparentemente più semplici. L'intima relazione tra disturbi psichici e somatici ci costringerà a considerare accuratamente

anche questi ultimi, perchè possiamo non raramente trovarvi le spiegazioni delle cause della pazzia e trovare manifestazioni concomitanti della pazzia che sono clinicamente importanti.

L' esame somatico riguarderà innanzi tutto lo *stato generale del corpo.* La sproporzione tra l'età e l'aspetto *(habitus juvenilis,* senilità precoce), il modo di sviluppo del corpo (nanismo, cifosi, conformazione esile, acromegalia), lo stato della nutrizione (anemia, adiposità, colorito della pelle), della forza (muscolatura), la presenza del gozzo, l'ispessimento della pelle, le tracce di antica rachitide (denti, costole, epifisi) o di sifilide (ispessimenti ossei, cicatrici cutanee, tumefazione delle glandole), possono dare preziosi criterii per l'apprezzamento della causa del morbo. Inoltre si suol giungere alla conclusione di una predisposizione psicopatica per la presenza di certe anomalie di sviluppo che si considerano quali sintomi degenerativi (1) (albinismo, spina bifida, labbro leporino, fauci di lupo, palato a volta o piatto, criptorchidia, polimastia, polidattilia, sindattilia, malformazione degli occhi, delle orecchie, dei denti, dei genitali). È però da considerare che i rapporti tra questi difetti di conformazione e lo stato del cervello sono tutt'altro che univoci e chiari. Perciò si dovrà agire con grandissima precauzione nell'utilizzare simili reperti. Lo stesso, e forse più, può dirsi dei tatuaggi ai quali è stata attribuita una importanza caratteristica per lo stato della vita psichica. In tali casi influiscono sopratutto le abitudini di vita dei diversi ceti e delle diverse professioni cui gli infermi appartengono.

Senza alcun dubbio la parte più importante dell' esame somatico è data dall'esame del *sistema nervoso,* specialmente del cervello, esame che però fornisce nel vivente solo pochi criterii per il giudizio diagnostico. Un quadro approssimativo del *volume del cervello* può esserci dato dalla misurazione del cranio, specialmente con il procedimento perfezionato da Rieger (2), ma tali misure però portano con sè tutte quelle cause di errore che risiedono nel parallelismo incompleto tra cranio e superficie cerebrale. Quindi una diretta importanza psichiatrica hanno solamente quelle *deformazioni* di forma e di grandezza cranica che indubbiamente sorpassano il limite di tali cause di errore. Di più è da considerare non solo il volume del cranio o del cervello in sè stesso, ma essenzialmente i rapporti tra questo e la grandezza e le misure di tutto il corpo. Considerando simili fatti, possono a volte essere messe in evidenza sproporzioni che sfuggono alla

---

(1) Knecht, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LIV,* 876; Ganter, *ebenda, LV,* 495; Giuffrida-Ruggeri, *Atti della società romana di Antropologia, IV,* 2, 3, 1896.

(2) Rieger, *Eine exakte Methode der Craniographie,* 1885.

semplice osservazione. Vero è che, del resto, tutte le più fini deviazioni che possono essere messe in evidenza solo con l'aiuto di esatte misurazioni, possono al massimo giustificare la supposizione generale che ad esse vadano forse uniti disturbi nello sviluppo del cervello. Sono invece degne di nota le tracce di precedenti ferite, cicatrici, impronte e simili, perchè esse forniscono talvolta l'unico lume per spiegare quadri patologici altrimenti enigmatici.

Sopra gli stati della *circolazione cerebrale* possono fino ad un certo punto rischiararci gli esami delle regioni vascolari più prossime, del volto e sopratutto degli occhi; in casi isolati la calvizie ci può permettere un esame diretto (1). Per la patologia cerebrale è notoriamente un mezzo di aiuto molto importante l'*esame oftalmoscopico.* Nei malati mentali al contrario i risultati di questo esame sono sfortunatamente ancora troppo incerti per potere attribuire ad esso un valore essenziale per la diagnosi. Se in questi casi altri metodi, quali la termometria (2) e la ascoltazione del capo potranno dare migliori risultati lo dirà l'avvenire.

È invece di estrema importanza, per poter giudicare dello stato del cervello, l'esame delle sue manifestazioni. Se lasciamo da parte da principio le manifestazioni psichiche, dovremo allora esaminare in prima linea la sfera *sensoriale.* Vero è che in tali casi, specialmente nell'esame dell'udito, è spesso molto difficile o anche impossibile distinguere i disturbi dell'apparecchio di recezione da quelli della zona cerebrale corrispondente. Oltre all'esatto esame della facoltà sensitiva e alla ispezione con lo specchio, può essere necessario, specialmente per l'orecchio, anche l'esame elettrico del nervo acustico (3), che a volte dimostra notevoli deviazioni dalla formula normale di Brenner. Disturbi più profondi della vita psichica segnano quelle alterazioni della attività sensoriale più elevata che sono state chiamate « sordità verbale e cecità psichica »; ciò avviene anche più nei disturbi afasici e nei disturbi analoghi a questi (4), l'analisi dei quali non fa parte però della nostra trattazione.

Nel campo *motorio* ci interessa innanzi tutto la grandezza e la motilità delle pupille, per l'esame più fine delle quali Sommer e Bumke

(1) Berger, *Zur Lehre von der Blutcirkulation in der Schädelhöhle des Menschen.* 1901.

(2) Mosso, *Die temperatur des Gehirns,* 1894.

(3) Chvostek, *Jahrb. f. Psychiatrie, XI,* 3.

(4) Ballet, *Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie,* deutsch v. Bongers. 1890; Freud, *Zur Auffassung der Aphasien.* 1891; Bastian, *Uber Aphasie und andere Sprachstörungen,* deutsch v. Urstein, 1902; Wolff,

hanno recentemente escogitato metodi perfezionati. Inoltre dovremo osservare i movimenti dei muscoli oculari, dei muscoli del volto e della lingua; anche la mimica ha grande importanza (rigidità, contrazioni, smorfie). Conclusioni più o meno sicure sulla natura del processo morboso cerebrale ci permettono certe forme di convulsione (epilessia corticale, atetosi, corea), di tremori (senile, da alcoolismo, da *delirium tremens*) e di paralisi (paralisi flaccida o spastica, contratture), e inoltre alcuni disturbi di coordinazione dei movimenti volontari più complessi, della deambulazione, della stazione eretta, ma specialmente della *parola* e della *scrittura*. Anche gli attacchi epilettici e isterici come anche le paralisi isteriche ci indicano che si tratta in tali casi di forme morbose determinate, sebbene solo sintomatiche.

All' esame del cervello va strettamente unito quello del *midollo spinale*, del *simpatico* e finalmente quello dei *nervi periferici*; tanto più che anche attualmente la causa di una manifestazione patologica non può essere riportata con sicurezza a una delle grandi regioni del sistema nervoso. L'esame della sensibilità cutanea e muscolare nel senso più esteso, della sensibilità per eccitamenti di forme diverse, della sensibilità dolorifica (punti di compressione), della eccitabilità elettrica e meccanica nervosa (fenomeno del facciale) e muscolare, della ampiezza, sicurezza e forza dei movimenti dei riflessi, finalmente dei processi vasomotorii (dermografia), trofici e secretori (scialorrea), dovrà regolarmente farsi per completare l'esame dello stato generale del cervello.

Solo indirettamente e per via di speciali deduzioni può l'esame del *resto del corpo* aiutarci a riconoscere i processi morbosi nel campo del sistema nervoso. Così dovremo rammentarci che gravi disturbi nutritivi generali (malattie febbrili, infezioni croniche e avvelenamenti), formano con bastante frequenza la base di malattie psichiche; però è da ricordare anche che ciascun disturbo psichico che s'inizia rapidamente va unito a profonde alterazioni dell' appetito, del sonno, e del ricambio materiale.

Naturalmente però in alcuni casi i mutamenti somatici possono rappresentare una coincidenza casuale della pazzia. Nondimeno per apprezzare completamente l'intero stato sarà sempre indispensabile una analisi, per quanto è possibile esatta, *di tutti gli organi accessibili e della loro funzione*. Speciale importanza è stata data a volte alla *forma*

Zeitschr, f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, XV, 1; LIEPMANN, *Das Krankheitsbild der Apraxie*. 1900; HEILBRONNER, *Über Asymbolie*, WERNICKE'S, *Psychiatr. Abhandlungen*. 1897.

grafica del polso (1), dalla quale si son volute dedurre interpretazioni estesissime per la diagnosi e specialmente per la prognosi della pazzia in genere. Ma purtroppo tali speranze non si sono realizzate. Invece si è dimostrato più volte che la grafica del polso può cambiare nel decorso di una stessa malattia in modo svariatissimo per diverse influenze (emozioni, tensione vasale, attività cardiaca). Al contrario le oscillazioni della *pressione sanguigna* (2) sembra che abbiano un certo rapporto con la natura dei processi morbosi. Se si può constatare nell'eccitamento maniaco una diminuzione, negli stati di depressione e negli stati ansiosi un aumento della pressione sanguigna, avremo certamente a che fare con le manifestazioni vaso-motrici concomitanti del tono sentimentale patologico. Al contrario l'abbassamento della pressione sanguigna riscontrato da Pilcz nella paralisi progressiva e specialmente nell'ultimo periodo di questa malattia poco prima della morte, dovrebbe essere riferito semplicemente alla graduale insufficienza cardiaca. Referti più importanti sopra questi rapporti certamente molto interessanti promette sopratutto il metodo *pletismografico* perfezionato specialmente da Lehmann (3). Poichè si possono riprodurre in tal modo con grande esattezza le manifestazioni somatiche concomitanti dei sentimenti, si potrà compiere con questo istrumento uno studio complementare sia nei disturbi psichici uniti a vivaci emozioni, sia in quelle forme morbose nelle quali le oscillazioni del tono sentimentale sono abolite. Disgraziatamente finora esistono solo pochissimi esami fatti con questo metodo sui malati di mente.

Ci troviamo completamente all'inizio per ciò che riguarda l'analisi e la spiegazione delle alterazioni *ematiche* (4) nei malati mentali. Certo però possediamo tutta una serie di lavori sopra tali questioni; solo i risultati esistenti non sono sufficienti per poter giungere nel singolo caso a sicure conclusioni. A me sembra però indubbio che appunto in

---

(1) Ziehen, *Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken,* 1887; Sokalski, *Untersuchungen über Puls und Blutdruck in akuten Geisteskrankheiten,* 1897; Patrizi, *Rivista sperim. di freniatria, XXIII,* 1. [Tamburini – *La sfigmografia degli alienati*, 1877].

(2) Craig, *Lancet,* Juni 1898; Pilcz, *Wiener klinische Wochenschrift* 1900, 12; Rosse, *Centralblatt f. Psych.* 1902, 517.

(3) A. Lehmann, *Die körperlichen Ausserungen der seelischen Zustände.* 1889; R. Vogt, *Centralblatt f. Psychiatrie,* 1902, 965; Gent, *Philosophische Studien,* XVIII. 715; Brodmann, *Journ. f. Psychologie u. Neurologie, I,* 10, 1903.

(4) Vorster, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie,* L, 3, u. 4; Agostini, *Rivista sperimentale di freniatria, XVIII,* 483; Ceni, *Revue de psychiatrie,* März 1901; Pugh, *Journal of mental science, Jan.* 1903, 71.

questa direzione si debbano attendere importanti scoperte, tanto più perchè sembra che si vada sempre più evidentemente manifestando l'importanza delle malattie del ricambio materiale per alcune delle più diffuse forme della pazzia. Ugualmente può dirsi per quel che riguarda le *analisi delle urine*. Dalle secrezioni noi potremo formarci un quadro molto incompleto dei disturbi nella composizione chimica dei tessuti (1), ma la possibilità di una analisi frequente potrà indurci a prendere in molta considerazione tale mezzo di aiuto. Finora sappiamo poco più di questo: che nell'urina possono trovarsi occasionalmente accanto all'albumina e allo zucchero una serie di altre sostanze anormali, senza però poter precisare fino ad ora se esista un rapporto più esatto con determinate malattie (2). Anche gli esami del *succo gastrico* non hanno portato gran luce come si sperava; tuttavia i risultati, forse sotto certi punti di vista, possono ossere utilizzati per la cura.

Se l' esame somatico ci permette il concetto causale di un dato caso, oppure ci prova l' esistenza di disturbi in questo o quel campo del sistema nervoso, il vero quadro morboso ci è però fornito dall'esame dell'*attività psichica.* Sfortunatamente i mezzi adiuvanti dei quali disponiamo per rischiarare questa importante parte dello stato morboso sorpassano finora solo di poco quelli che ci sono dati dalla abituale esperienza della vita. L'esame dello stato psichico non ci presenta per lo più alcun metodo numerico o di misura. Invece esso è compiuto il più spesso con la maniera più elementare di osservazione e con l'indagine psicologica più semplice, cioè col fare domande e procedendo senza un piano ben determinato fin da prima, ma casualmente da ciò che è direttamente presente e che può essere sorpreso, a ciò che è nascosto e che può essere trovato difficilmente. Sono quindi propriamente alcune manifestazioni motorie che per lo più forniscono, il punto di partenza per l' esame.

Dal contegno, dalla mimica, dai lineamenti del volto si può di regola giungere fin da principio a concludere sul comportamento della *attenzione* (indifferenza, interessamento, curiosità) e del tono sentimentale del malato (allegria eccessiva, contentezza, ansia, disperazione, tranquillità o stupidità). Per mezzo di alcune semplici domande sul nome, sull'età, sulla vita precedente si mette in evidenza se la coscienza è offuscata o chiara, se il *giudizio,* cioè la facoltà di percezione e di

(1) Belmondo, *Rivista sperimentale di freniatria, XXII,* 657; Stefani, *ebenda,* 1900, 4; Soury, *Annales médico-psychologiques, VIII,* 8, 427, 1898.

(2) Köppen, *Archiv. f. Psychiatrie, XX,* 3; Schäfer, *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., II,* 157.

valutazione diretta delle impressioni sensoriali, è mantenuto. Nello stesso tempo in tal modo potrà dedursi un giudizio approssimativo sopra la rapidità del decorso rappresentativo, come anche sulla *memoria* dei tempi trascorsi. Continuando la nostra conversazione, cercheremo di constatare se si ha memoria di ciò che è avvenuto in tempo recente, se l'infermo è *orientato* per il tempo e per l' attuale ambiente (sia per i luoghi, sia per le persone) e se esiste una *coscienza di malattia* o se *riconosce* la malattia stessa ; poi metteremo in chiaro se esiste un *processo ideativo* ordinato o con fuga di idee, distratto, delirante, confuso, difficoltato, uniforme. Intanto saranno risultati per lo più molti altri fatti per poter giudicare altre attività psichiche, che ci possono servire di guida per rinvenire disturbi meno evidenti.

Non è molto facile a volte poter venire in chiaro sull' esistenza dei disturbi *psico-sensoriali*. La semplice domanda sopra questo punto bene spesso non ci condurrà allo scopo, sia che le percezioni allucinatorie nell'infermo siano coordinate indistintamente con le altre impressioni sensoriali, sia che per un qualsivoglia motivo l'infermo conservi una sfiduciosa riserva su questo punto. Tuttavia le parole « voci » e « figure », sogliono essere adoperate di regola dagli allucinati per esprimere le loro allucinazioni. A volte le allucinazioni si possono dedurre con abbastanza sicurezza malgrado che l'infermo le neghi, e ciò per il suo contegno, per la sua posizione come se ascoltasse e nella quale resta per lungo tempo, per sussulti o risa senza motivo, per soliloqui fatti ad alta voce, per irritazioni subitanee, ecc. Al contrario però è molto grande il pericolo di arrivare ad ammettere disturbi psico-senriale laddove si tratta solo di percezioni reali riprodotte in modo caratteristico. L'esperienza mi ha dimostrato come si debbano usare a questo riguardo grandi precauzioni.

Anche il riconoscimento delle *idee deliranti* non è sempre molto facile. A volte esse scompaiono di tempo in tempo col cambiamento di ambiente. Un grande numero di infermi inoltre suole tenere molto segrete le idee deliranti, specialmente all'inizio della malattia e davanti ad estranei, e sogliono evitare ogni esperimento che si fa per penetrare più profondamente nella loro psiche, finchè vien toccato un dato punto che li eccita, oppure fin tanto che non riesca di trovare con domande imbarazzanti un legame, con l'aiuto del quale si può far sviluppare, apparentemente senza intenzione, tutta la rete coerente delle rappresentazioni patologiche. Del resto non molto raramente lo stesso contegno dell'infermo ci dà il filo conduttore. Un contegno ritroso, sfiduciato ci lascierà supporre che l'infermo crede avere se-

greti nemici e persecuzioni segrete; il rifiuto energico dei cibi ci farà pensare che esistono idee di avvelenamento: una certa affettata compiacenza di sè stesso, che a volte si manifesta già nel vestire, indica l'esistenza di idee di grandezza; mentre il frequente inginocchiarsi, il congiungere le mani, l'espressione del viso piagnucolosa e scoraggiata rende verosimile la presenza di un delirio di peccato a colorito religioso, ecc. Malgrado tutta la multiformità dei dettagli, gli elementi fondamentali di simili rappresentazioni deliranti dimostrano tanto spesso un accordo così completo gli uni con gli altri, che un osservatore esperimentato può strappare all'infermo stupefatto, in base alle sue conclusioni dovute ai fatti esterni, e spesso con sorprendente rapidità, la confessione delle sue idee morbose.

Difficoltà speciali però possono riscontrarsi quando il contenuto delle idee deliranti non è per sè riconoscibile senz'altro come patologico, ma solo basandosi sopra una esatta conoscenza di tutti i rapporti; per esempio ciò può avvenire per una idea delirante di aver ricevuto una ingiustizia dai tribunali, oppure per l'idea di essere stato tradito dal coniuge. In tali casi spesso il giudizio può venire dato solo dopo lunghe osservazioni e anche allora spesso con grande riserva. Inoltre questi infermi sogliono nascondere molto abilmente le loro idee deliranti, oppure motivarle apparentemente in modo completo. D'altra parte il riconoscimento di determinate idee deliranti può essere reso difficile anche perchè l'infermo è stupido, confuso, ansioso e quindi non è in grado di esprimere coerentemente i suoi pensieri. In tal caso possono passare mesi prima di poter conoscere con sufficiente chiarezza quali siano i processi che avvengono nella sua coscienza. Per questo giudizio non abbiamo altro aiuto che la spiegazione, non sempre degna di fede, di quelle manifestazioni spontanee per le quali si dimostrano esternamente gli stati psichici.

L'esame intorno all'esistenza delle idee deliranti ci dà contemporaneamente occasione di poter giudicare in certo modo dello stato delle *facoltà intellettive e della memoria*. La persistenza insensata di rappresentazioni contraddittorie senza un contemporaneo offuscamento della coscienza o senza eccitamento emotivo, e inoltre la mescolanza di ricordi con singolarità inventati, dovranno essere utilizzate per questo esame. Per il resto la nostra conoscenza quotidiana degli uomini ci dovrà dire di quale natura sia la disposizione psichica generale e quale la capacità attiva dell'infermo. In riguardo al suo passato, alla sua educazione e alla istruzione ricevuta potremo misurare presso a poco dal suo discorso il complesso delle sue conoscenze, del suo orizzonte psichico, delle sue tendenze e della sua attuale capacità di giudizio. Naturalmente

il riassunto generale così acquistato permette solo di vedere nei contorni più grossolani la produzione e la graduazione dei gruppi più utilizzabili. In alcuni casi la soluzione di problemi, il tentativo di descrivere un oggetto fino allora sconosciuto, la descrizione e la critica verbale o scritta delle nuove impressioni del Manicomio, la persistenza in una data occupazione psichica, può venire adoperata per l'esame dell'infermo.

Sfortunatamente fino ad ora una analisi profonda delle azioni psichiche dei nostri infermi incontra serie difficoltà, le quali in vista della plurità delle domande e della estesa influenza della educazione appaiono appena sormontabili. Un vero progresso nei procedimenti dei nostri esami psichici si è avuto per mezzo degli esperimenti intrapresi da diversi esperimentatori, di notare, cioè, nei nostri infermi, metodicamente e sempre sotto uno stesso punto di vista, le azioni psichiche in determinati campi. SOMMER (1) sopra tutto si è applicato a perfezionare tali metodi. Egli ha dato uno speciale valore alla « eguaglianza delle eccitazioni », presentando un numero limitato di problemi ai diversi infermi e ripetendo simile processo nei medesimi malati in tempi diversi. A tale scopo servirono fogli stampati con domande a contenuto differente (2). Se si vuole esaminare « l' orizzonte » dell'infermo, le domande consistono sul nome, sulla patria, sul tempo e sul luogo, sulle persone che circondano l'infermo, sull'ordine di tempo degli ultimi avvenimenti; vengono anche fatte alcune domande sopra il tono sentimentale, sul sentimento patologico, sui disturbi psico-sensoriali e sulle rappresentazioni deliranti. Fogli analoghi servono per l'esame dell'istruzione e della capacità al calcolo; infine SOMMER ha composto anche alcuni gruppi di parole che servono di stimolo per determinate associazioni sotto diversi punti di vista. I grandi vantaggi di questo procedimento dei *fogli d'interrogazione*, adoperato già in numerose serie di esperimenti, risiedono nel fatto che i risultati possono essere paragonabili. Così alcune cliniche originalità di ciascuna delle forme morbose acquistano una forma palpabile; specialmente però in alcuni casi si può seguire molto distintamente il decorso della malattia con i suoi peggioramenti, miglioramenti o oscillazioni periodiche.

MÖLLER (3) ha seguito una via alquanto diversa. Questo autore ha

(1) SOMMER, *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden.* 1899 [FERRARI. Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali nei Manicomî. *Rivista spec. di Frenatria,* 1900].

(2) *Brühlschen Universitätsdruckerei in Giessen.*

(3) MÖLLER *Über Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns. Diss.* 1897; *Archiv f. Psychiatrie, XXXIV,* 284.

voluto però principalmente fare l'esame di soggetti deboli di mente, nei quali voleva esaminare innanzi tutto l'estensione del patrimonio rappresentativo ritenuto nella memoria, ma poi anche la capacità alla elaborazione psichica. Per il primo scopo ha usato un interrogatorio adatto però ad ogni singolo caso e quindi molto voluminoso. Furono perciò considerate minutamente le speciali condizioni di vita dei singoli soggetti, il grado di istruzione rilevato dalle classi delle scuole che gli infermi avevano seguito, la attività al guadagno e la professione dell'infermo. In tal modo la conoscenza del materiale mnemonico è divenuta straordinariamente più completa, ma il paragone fra i diversi soggetti molto più difficile. Come misura per l'attività intellettiva Möller ha usato il « metodo delle favole », cioè egli raccontava ai suoi infermi semplici favole di graduale difficoltà e richiedeva quindi l'utilizzazione delle stesse favole, cercava di far compiere un adatto scritto sopra di esse e possibilmente faceva dire un proverbio a contenuto simile a ciò che aveva raccontato. Senza dubbio tale metodo è adatto a dare una buona rappresentazione del giudizio e della capacità a concludere; pure la comparazione incontra anche qui considerevoli difficoltà.

Anche la necessità di analizzare con maggiore esattezza le manifestazioni della afasia e dei disturbi ad essa affini ha fatto sì che si siano esposti varii metodi di esami. A tale proposito è stata istituita da Rieger (1) la carta dello stato di capacità psichica con la quale si può precisare con grande accuratezza in un malato affetto da grave lesione cerebrale l'estensione del patrimonio rappresentativo e delle capacità intellettive. Se il metodo da lui seguito è sopratutto adatto per scoprire le lacune dovute a malattie grossolane del cervello, tale metodo potrà pure senza dubbio essere applicato ad un certo numero di altre forme di disturbi psichici e specialmente agli stati di debolezza mentale. In tale modo potrà differenziarsi gradualmente, con grande probabiltà, ciò che è specialmente importante da quello che ha minore interesse e in tal modo il metodo che finora è molto difficile e troppo lungo diverrà praticamente più utile.

Il nostro esame psichiatrico dei *sentimenti,* delle *emozioni* e delle *tendenze* è certamente finora estremamente incompleto. Quello che noi possiamo in sostanza conoscere nei singoli esami in questi casi è dato generalmente dalla osservazione esterna e dai movimenti mimici. In tal modo si rivela possibilmente il tono sentimentale aumentato, l'impulso

---

(1) Rieger, *Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung, nebst einem Entwurf zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung,* 1889.

ad agire e la volontà di parlare dei maniaci, la irrequietezza e l'ansia dei deliranti o dei melanconici, l'impulso motorio, il manierismo e le stereotipie dei catatonici, la sensibilità e la instabilità degli isterici. Anche con la diminuzione o con l'aumento della eccitabilità psicomotoria, con l'arresto, con l'inibizione e con la deviazione della volontà si potranno acquistare, per mezzo dell'osservazione dell' infermo, graduali deduzioni più o meno evidenti, Sotto l'influenza sperimentale somatica o psichica si mettono in evidenza la flessibilità cerea, il negativismo, la resistenza ansiosa, l'indocilità, la testardaggine, l'influenzabilità. Oltre queste osservazioni non abbiamo essenzialmente che le autodescrizioni, non sempre sicure, che gli infermi ci fanno sul loro stato intimo. Naturalmente però il decorso dell' esame può darci varie ed importanti informazioni sopra la maggiore o minore eccitabilità emotiva, sopra la uniformità o il frequente cambiamento del tono sentimentale, infine sopra importanti manifestazioni sentimentali secondo determinate direzioni: quali odio immotivato, esaltazione religiosa, esagerato sentimento di piacere, indifferenza, ottusità. Spesso dovremo considerare, durante il nostro esame, se esistano tendenze patologiche, impulsi al suicidio, aumentati appetiti sessuali, mania di comperare, di bere. Però ciò che non si tradisce involontariamente dall'intero contegno dell'infermo difficilmente potremo conoscere anche dalla interrogazione del malato; perciò per completare il quadro della malattia che abbiamo in esame dovremo ricorrere per aiuto a ciò che possono dire i parenti.

Bisogna ammettere in realtà che dal punto di vista scientifico, come anche in paragone con i metodi d'esame negli altri campi della medicina, il procedimento per il quale possiamo determinare spesso lo stato psichico dei nostri infermi è veramente brutale: somiglia più al modo di procedere di un inquisitore che ad un esame scientifico. Sfortunatamente è più facile riconoscere i difetti de' metodi che rimediare ad essi. Non solo il campo dei processi psichici come tali oppone una grandissima resistenza ai mezzi di indagine veramente sicuri, resistenza che può essere vinta solo gradualmente, ma molto spesso non è neppure possibile sottoporre sistematicamente un infermo a tutti gli esami che si ritengono necessari. Con grande frequenza il soggetto da esaminare è restio, inaccessibile o quasi incomprensibile, sicchè spesso una approssimativa conoscenza dell'infermo può essere raggiunta solo con grande pazienza, con una fine abilità e con una esatta conoscenza di tutte le diverse forme di manifestazione con le quali si sogliono dimostrare i processi patologici. I risultati che si raggiungono con gli usuali mezzi d'indagine

hanno il difetto fondamentale che i risultati ottenuti hanno molti significati e non permettono sicure determinazioni. Le azioni esaminate sono troppo complicate e le singole irregolarità constatate sono così diverse, che riesce impossibile una semplice utilizzazione numerica. In tal modo si impone di per sè la necessità di usufruire per la ricerca psichiatrica di quei mezzi d'indagine che sono stati perfezionati in psicologia per l'analisi sottile dei processi psichici, per il conseguimento di cifre esatte e confrontabili. Vero è che per motivi facilmente spiegabili l'esecuzione di sicuri esperimenti psicologici sarà possibile, nei malati mentali, solo in modo limitato. Malgrado ciò, o forse anche proprio per ciò, non voglio lasciare di indicare alcune vie che ci permetteranno con grande probabilità in un tempo non molto lontano, per lo meno in alcune forme di pazzia che decorrono cronicamente, di misurare e di enumerare dei dati psichici per poter giungere ad una conoscenza più profonda sulla natura dei disturbi mentali. Tutte queste vie sono state già battute e praticamente provate (1).

Per un più fine esame psichico si dovrebbe raccomandare di seguire quelle vie le quali sono state già battute dalla nostra esperienza. Innanzi tutto sarebbero da considerare il processo di percezione, la memoria, inoltre il legame delle rappresentazioni, dei giudizii e delle conclusioni, il sentimento del proprio io; di più la attività psichica, infine i sentimenti più bassi e più alti, il tono sentimentale, le emozioni e le trasformazioni di queste in azioni volontarie e involontarie. Di tutte queste facoltà solamente poche sembrano finora accessibili ad un esatto esame nei malati mentali; e risiedono quasi completamente nel campo delle attività intellettive.

Per poter risolvere le questioni suesposte, sarà necessario sopratutto di condurre l'esame in tal modo che possa venire eseguito con mezzi possibilmente semplici e nello stesso tempo richieda una minima cooperazione da parte del soggetto sul quale si esperimenta. L'unione di queste condizioni con l'aspirazione a risultati esatti, matematici, sembra quasi impossibile; però una gran parte delle difficoltà contrastanti può essere sicuramente superata. Vero è che presentemente non possiamo ancora fare a meno, per alcuni scopi, di istrumenti più fini e difficilmente maneggiabili: ugualmente potremo aspettarci che tutti o per lo meno molti malati di mente lascieranno compiere sulla loro vita psichica esami più esatti. Tuttavia anche nello stato attuale pos-

---

(1) *Vergl.* Kraepelin, *Der psychologische Versuch in der Psychiatrie, Psychologische Arbeiten, I,* 1, 1895. Per altri lavori sopra tale quistione cfr. Weygandt, *Centralbl. f. Psych. XXVI,* 1, 29, 1903.

sono ottenersi numerosi fatti nuovi, che in seguito ci potranno far comprendere più facilmente anche quei casi nei quali non sembra possibile effettuare un diretto esame.

La prima funzione psichica della quale ci dovremo occupare è la *percezione delle impressioni esteriori*. Per l'esame di questo processo ci siamo serviti con buon successo di grandi cilindri con parole o con sillabe mancanti di senso, e che giravano con rapidità uniforme intorno al proprio asse avanti ad una stretta apertura. Con una determinata rapidità si può ancora riconoscere, attraverso l'apertura, un certo numero di parole e di sillabe, mentre prolungando l' esercizio del leggere le singole parole, queste divengono gradualmente indistinte o vengono erroneamente percepite. Si può in tal modo avere non solo la misura della rapidità della percezione, ma specialmente si può riconoscere la natura degli errori commessi. L'osservazione ha dimostrato che proprio questi ultimi ci permettono di riconoscere la grandezza del campo visivo interno, la sicurezza della percezione, la tendenza, la rinnovazione volontaria e la separazione critica delle percezioni, la parte che hanno le impressioni visive e le sensazioni di movimento sopra le rappresentazioni verbali. Anche i rapporti tra esercizio e fatica nel campo della percezione possono venire determinati con il detto metodo.

Una simile via ha seguito Ranschburg (1), il quale fa passare dietro un piano munito di un'apertura, in un tempo determinabile, dischi coperti da figure di vario genere disposte a raggio; il movimento può essere regolato e cambiato per mezzo di un metronomo; una corrente elettrica permette di mettere in moto e di arrestare a volontà l'istrumento. Questo procedimento è adattatissimo per compiere gli esami delle percezioni e della memoria, coi quali può venire determinata la estensione e la sicurezza di queste attività. Anche le misure del tempo si possono facilmente collegare a questi esami.

Agli scopi di esaminare infermi che giacciono in letto, abbiamo adoperato negli ultimi anni una lastra ad apertura mutevole, che con l'aiuto di una molla si può mettere repentinamente innanzi al campo visivo. (numeri, gruppi di lettere, sillabe, parole, disegni). Il numero delle immagini riconosciute dà la misura della capacità di percezione; gli errori sono utilizzabili nello stesso modo che quelli dei metodi sopradetti. Ancora più semplici sono i metodi d'indagine utilizzati da Bonhöffer nei deliranti, metodi che sono simili a quelli dell'abituale indagine nevrologica, quali l'esame della sensibilità tattile e dolorifica con lo

(1) *Monatsschrift für Psychiatrie*, X, 321, 1901.

spillo, l'esame dell'udito a voce bassa, l'esame della vista col mezzo della acuità visiva e del perimetro, l'esame della percezione dei colori con fili di lana e quadrelli colorati, l'esame del senso di localizzazione della pelle con il compasso. La presentazione di disegni semplici o complicati permette di giudicare la successiva elaborazione psichica delle percezioni e scopre in alcuni casi anche l'insorgere di processi illusorii. Nei gravi disturbi percettivi possono venire scelti per l'esame dell'infermo metodi più semplici, quali il riconoscere il numero delle dita che vengono a lui rapidamente presentate, il conto di rumori che si succedono rapidamente ecc.

Un altra via per l'esame dei processi percettivi ci è indicata dalla cosidetta *misura del tempo psichico*. Il metodo per tali misure, per le quali il cronoscopio di Hipp è di aiuto incomparabile e sicuro, è perfezionato in modo accuratissimo nelle sue diverse direzioni, sicchè nelle mani di un buon esperimentatore costituisce un elemento molto prezioso del nostro armamentario scientifico. Sfortunatamente però molti degli esperimenti fino ad ora pubblicati fatti sui malati di mente sono per diffetto di disposizione completamente senza valore. Al contrario innumerevoli misure compiute nella mia Clinica hanno dimostrato che con tal metodo si possono ottenere anche in malati mentali, senza considerevole difficoltà, importanti risultati. In tal modo, ad esempio, si può misurare il tempo necessario a percepire le parole o le lettere dette o lette. Anche con questo metodo si rivela, oltre al prolungamento o all'abbreviamento dei tempi, l'insorgere di falsificazioni percettive, le quali possono gettare una luce speciale sopra il decorso dei processi misurati.

In tutti gli esami della percezione il risultato è influenzato essenzialmente dal comportamento della *attenzione*. Le oscillazioni dei valori ottenuti dànno quindi anche una certa misura per una uniformità maggiore o minore della tensione attentiva. In modo più esatto questa può essere messa in evidenza con un continuato lavoro psichico (addizioni) con l'aiuto di una piccola penna, la quale sottolineando ogni numero addizionato chiude una corrente elettrica, e così si può notare la durata di ogni singolo calcolo. In tal modo abbiamo un esatto quadro delle oscillazioni nella rapidità al calcolo, ma specialmente, come è risultato, abbiamo un quadro esatto dell'influenza che l'intervento della volontà esercita sulla soluzione del problema. Per esami più grossolani la continua addizione o sottrazione dello stesso numero conduce ugualmente allo scopo. Se per esempio si fa sottrarre da 100 in modo continuo 7, le oscillazioni della rapidità e specialmente i deviamenti

dànno un buon quadro della stabilità della tensione attentiva. Col mezzo di altre stimolazioni intercalate a volontà si può dare contemporaneamente un giudizio sopra la facilità di distrazione.

L' esame della *memoria* deve riferirsi anzitutto alla tenacia con la quale le rappresentazioni antecedentemente acquistate rimangono nel nostro interno, quindi sulla capacità a raccogliere e a conservare nuove rappresentazioni. I disturbi della prima maniera si sogliano usualmente mettere in evidenza con domande sopra cognizioni che si presuppone debbano esistere, siano esse di esperienza personale, siano serie rappresentative altrimenti acquisite, specialmente al calcolo. In tal modo si può avere, con consecutive serie sistematiche di prove aritmetiche, una misura della facilità con la quale l'infermo dispone ancora di semplici legami numerici acquisiti nell'infanzia. Io mi servo già da molti anni a questo scopo della continua addizione di numeri di una sola cifra in appositi quaderni. In pause regolarmente sempre più corte, al suono di un campanello, viene limitato il conteggio con un segno, sicchè la facilità alle operazioni aritmetiche nei singoli periodi di tempo viene direttamente riconosciuta dalla quantità delle cifre addizionate. Al letto del malato tali operazioni si faranno eseguire in modo più breve: per esempio si farà addizionare o sottrarre continuamente 3, 7, 12 e si potranno misurare i tempi con un orologio adatto.

In modo simile si potrà dimostrare senza considerevole difficoltà la capacità immediata ad apprendere, ossia la « *fissazione* », e ciò facendo imparare a memoria una lunga serie di numeri o sillabe senza senso. In tal modo risulta che diverse persone ripetono le serie che hanno appreso con una rapidità determinabile personalmente, ma molto diversa da un soggetto all'altro. Probabilmente si tratta in tal caso di variazioni nel modo di imparare. Se si considera che, nell'atto dell'imparare una serie di numeri, la percezione delle impressioni sensoriali va unita alla pronuncia del simbolo verbale, è facile supporre, come anche si può per altre osservazioni, che, con un lento recitare, l'attenzione si diriga preferibilmente agli elementi sensoriali e associativi della rappresentazione totale; al contrario nella recitazione rapida l'attenzione è diretta specialmente sugli elementi motori della totale rappresentazione stessa. I primi elementi vengono fissati meglio nella nostra memoria quando vengono lentamente impressi, gli ultimi quando vengono freqûentemente ripetuti. La rapidità della recitazione permette perciò di poter concludere sulla preferenza abituale di questa o quella parte delle nostre rappresentazioni e innanzi tutto sull'attuale lavoro. Tuttavia è verosimile ammet-

tere che quelle differenze abbiano una importanza che oltrepassa di molto il campo singolo.

Gli esami della capacità di fissazione possono agevolmente venir collegati con quelli sulla capacità di percezione, introducendo pause di varia durata tra il momento in cui lo stimolo agisce e quello in cui esso viene riprodotto. Se questi tempi sono molto brevi e sono variati con graduazioni molteplici, riesce possibile perseguire dettagliatamente lo sviluppo del processo percettivo fino alla sua completa estensione, indi però le immagini impallidiscono e si presentano processi erronei. Noi usiamo a tale scopo l'istrumento già accennato composto della lastra con una apertura, col quale si possono rendere visibili per un tempo breve le più diverse impressioni visive. Anche l'apparecchio di Ranschburg, come qualunque altro « tachistoscopio », può essere analogamente adoperato.

Metodi più semplici per l'analisi della capacità di fissazione, e quindi più adatti per l'esame dei malati psicopatici, sono stati adoperati da altri sperimentatori, come p. e. da Bonhöffer. Gli infermi furono costretti a ripetere verbalmente o per iscritto dopo un certo tempo, numeri di molte cifre, composizioni sillabari, parole sconosciute; a riconoscere un determinato disegno in mezzo a molti altri disegni a loro presentati. Ranschburg (1) ha eseguito innumerevoli esperimenti partendo da simili concetti fondamentali, eseguendoli sopra normali, nevrastenici e paralitici. Con questo mezzo si usano due parole, le quali sono collegate per il loro senso o per il loro suono, oppure sono collegate l'una all'altra senza relazione; pronunciandosi la prima parola deve essere detta la seconda. Inoltre il soggetto sul quale si esperimenta deve discernere in una collezione di disegni quelli che gli furono antecedentemente mostrati e nello stesso tempo deve ricordare i nomi che sono legati ai disegni. Dei diversi toni di colore debbono essere scelti quelli che furono impressi antecedentemente nella memoria; di un grande numero di quadrati volontariamente ordinati debbono esserne tenuti a mente alcuni e in seguito essere ritrovati; finalmente vengono detti ad alta voce e domandati quei problemi numerici che si riscontrano nel circuito della vita giornaliera. Sfortunatamente simili piani sperimentali che possono essere ordinati nella maniera più svariata, sono soggetti al grande svantaggio che il numero delle ricerche della stessa specie è sempre molto esiguo, quindi sono esposti in grado considerevole a casuali disturbi, e perciò l'ordinare insieme

(1) *Monatsschrift für Psychiatrie*, IX, 241, 1901.

le diverse forme sperimentali, come ha cercato di fare RANSCHBURG, non sembra quasi ammissibile. Però dalle sue cifre risulta nondimeno distintamente, nei nevrastenici, la diminuzione nella capacità di fissazione, specialmente per il collegamento di parole; ugualmente risalta la grave lesione della estensione e della sicurezza nella fissazione nei paralitici, specialmente nella memoria delle parole e dei nomi e nella orientazione locale.

L'esame del *legame rappresentativo* (1) può essere esteso secondo diversissime direzioni. Innanzi tutto è possibile misurare la rapidità con la quale si uniscono uno all'altro i singoli elementi. Un giudizio molto approssimativo su questo punto si potrebbe forse ottenere già dall'esame del calcolo sopra accennato. Però più esatte conclusioni anche sopra grandi differenze della natura dell'associazione ci vengono date per mezzo del cronoscopio. Risultati originali inoltre possono ritrovarsi, come mi hanno dimostrato numerose serie di esperimenti, con l'esame dei tempi di associazione, fatti con sistematiche ripetizioni degli stessi esperimenti usando le stesse parole eccitatrici. Specialmente l'influenza dell'esercizio sulla rapidità e sulla stabilità dei legami rappresentativi si può in tal modo dimostrare molto bene. Però anche senza misurare il tempo, gli esperimenti sulla associazione sono non solo di svariato interesse, ma anche molto facili ad eseguire. Pronunciando semplicemente una qualsiasi parola e notando quindi per iscritto la prima rappresentazione che insorge nell' infermo, si possono in breve tempo accumulare le basi per compiere una *statistica* delle associazioni, la quale dà chiarimenti sopra il contegno abituale dei legami rappresentativi interni ed esterni, sulla frequenza delle associazioni imparate, delle associazioni di suono e delle « associazioni erronee », che non stanno più in alcun rapporto con la natura delle parole eccitatrici. Anche in tal modo si possono ottenere valori per la stabilità dei singoli gruppi associativi. Come misura di questa io ho adoperato il rapporto delle associazioni nuovamente insorgenti per la ripetizione dello stimolo, rispetto al numero totale degli esperimenti.

Inoltre si può domandare alla persona in esperimento di scrivere per un dato tempo le rappresentazioni che in essa insorgono, sia legate ad una data parola, sia indipendentemente. In tal modo si ha un valore medio della rapidità della formazione rappresentativa, che è ordinariamente inferiore a quella della scrittura. Inoltre in tal modo si può giudicare sulla tendenza a singole specie di legami rappresentativi,

(1) ASCHAFFENBURG, *Psychologische Arbeiten*, I, 209: II, 1; IV, 235; VAN ERP TAALMANN KIP, *Psychiatr. en neurolog. Bladen*, 1899, 634; 1903, 1,

specialmente per le associazioni insensate e per le associazioni fonetiche che sono così importanti in Psichiatria. Finalmente con tale metodo si può dare un giudizio sulla unità o sul disordine dei processi ideativi, sulla ricchezza del patrimonio rappresentativo, sulla tendenza alle interruzioni saltuarie o a ritenere tenacemente, o a ripetere continuamente.

Se al soggetto sul quale si esperimenta viene limitata la scelta di distinti gruppi di parole da scrivere, per esempio di quegli oggetti che sono percepiti con gli occhi, con l'orecchio, che eccitano piacere o dispiacere, di concetti generali, ecc., è possibile allora dalla attività di un determinato tempo trarre conclusioni sulla prontezza maggiore o minore di tutti gli accennati gruppi rappresentativi e quindi sulla costituzione del patrimonio rappresentativo in generale. Come mi hanno dimostrato gli esperimenti, tali risultati possono venire utilizzati in diversi modi. In modo completamente simile possono essere esaminate le più difficili attività associative, quali la formazione del giudizio e delle conclusioni riguardo alla loro rapidità e alla loro stabilità.

Per l'esame della determinazione degli *impulsi volitivi* possiamo innanzi tutto disporre della misura del tempo di scelta. Se si fa l'esperimento di dover rispondere ad un eccitamento con un movimento con la mano sinistra, tale processo contiene, oltre alla distinzione dei due eccitamenti, anche il processo della scelta tra i due movimenti. Come ha insegnato l'osservazione, noi possediamo in queste reazioni di scelta un mezzo preziosissimo per la dimostrazione di quegli stati di eccitamento cerebrale che vanno uniti ad una facilitazione nella determinazione dei movimenti volitivi. Vale a dire che in tal caso il movimento richiesto si compie facilmente molto prima che l'eccitamento sia esattamente percepito, talvolta anche prima che sia originato. In tal modo il determinato movimento sarà spesso naturalmente errato: si ha così l'insorgere delle « reazioni erronee », il numero delle quali dà una buona misura per il grado della facilitazione al movimento. Altre spiegazioni sullo stesso punto possiamo ricavare dall'esame della rapidità nel leggere, nello scrivere, nel parlare, che possono essere precisate con metodi simili a quelli della determinazione della rapidità al calcolo, cioè facendo risolvere successivamente problemi della stessa specie succedentisi l'uno all'altro.

Per l'esame della *scrittura* io ho già da lungo tempo adoperato la esatta misura della direzione della scrittura e della rapidità di alcuni caratteri, come della pressione esercitata ad ogni momento sulla carta con la « *bilancia per la scrittura* » appositamente costruita. In tal modo si manifestano molto distintamente i sintomi dell'eccitamento e dell'ar-

resto psico-motorio, come dell'inibizione volitiva. L'estrema finezza e molteplicità di tale metodo giustifica l'aspettativa che con esso ci sarà possibile giungere gradualmente ad una conoscenza chiara della influenza che possono avere le emozioni e gli impulsi volitivi sulla scrittura. Sfortunatamente però la delicatezza del metodo rende la misura delle singole grandezze molto difficile e richiede molto tempo.

A molteplici usi per l'esame dei disturbi volitivi serve senza dubbio l'*ergografo* del Mosso, il quale però deve essere migliorato, perchè possa essere utilizzato per i nostri fini. Innanzi tutto l'ergografo permette di poter raccogliere dei dati sulla forza con la quale viene eseguito un movimento, inoltre sulla scomparsa più rapida o più lenta della forza causata da stanchezza, da arresto o impedimento volitivo. Gli esperimenti separati da tempi più ampii o la ripetizione delle curve di stanchezza dopo diverse lunghe pause, ci danno un quadro della capacità a ristabilirsi dell'organo volitivo. In questi esperimenti l'altezza delle singole curve sembra che sia in rapporto con la capacità attiva del muscolo stesso, il numero delle elevazioni della curva della stanchezza sembra invece dipenda più particolarmente dallo stato dell'elemento nervoso. Per tale fatto parla tra gli altri la maggiore elevazione delle singole linee sull'ascissa sotto l'influenza della caffeina, e l'aumento numerico delle trazioni sotto l' influenza dell' alcool e per il lavoro somatico. Finalmente con la analisi della elevazione e dell'abbassamento di ogni singola linea, si può misurare anche la rapidità con la quale avviene l' accorciamento e il rilassamento del muscolo sotto l' influenza degli impulsi volitivi.

Disturbi più gravi nella determinazione degli impulsi volitivi come ad es. il rallentamento dei semplici movimenti nel dare la mano, sollevare le braccia, si possono misurare anche con il solo orologio; inoltre si può a tale scopo far pronunciare modi di dire usuali, numeri o lettere dell'alfabeto.

Sommer ha portato la sua attenzione specialmente sulla scomposizione dei movimenti nelle tre direzioni dello spazio. Egli usa metodi d'indagine che permettono di scomporre i movimenti del braccio e della gamba nei loro elementi direttivi. Tale metodo si è mostrato prezioso fino ad ora, specialmente per la rappresentazione di rapidi movimenti involontarii, e sopratutto nel tremore e nelle contrazioni. Le diverse forme dei tremori possono essere esattamente determinate per quel che riguarda la direzione e la rapidità: i leggeri mutamenti nella tensione muscolare che accompagnano il decorso dei processi psichici e specialmente l' insorgere delle emozioni, si mettono in evidenza senza

difficoltà. Anche per distinguere determinati disturbi motori funzionali da quelli che hanno la loro ragione di essere in malattie grossolane del sistema nervoso è utile il metodo di SOMMER.

SOMMER si è occupato anche molto della riproduzione e della scomposizione dei *movimenti mimici*. Per esaminare più esattamente la mimica del volto egli ha adoperato il quadro stereoscopico e di recente anche la riproduzione grafica dei movimenti muscolari mimici. Per la rappresentazione e la scomposizione dell'atteggiamento e dei movimenti complessi del corpo può essere usata, oltre alla stereoscopia, anche la cinematografia, la quale però, sono convinto, ha bisogno per i nostri scopi scientifici di molti perfezionamenti. Ugualmente può dirsi del fonografo, che però è stato adoperato da SOMMER non solo per fissare caratteristiche espressioni, ma anche per esaminare più esattamente particolarità e disturbi della parola.

Inoltre molte speranze dànno finalmente quegli esami che SOMMER unitamente a RIEGER ha eseguito sul riflesso patellare. La grafica dei movimenti che vengono eseguiti dalla gamba messa in posizione opportuna, dimostra una molteplicità sorprendente di comportamenti, qualche volta in rapporto intimo con determinati stati patologici. E ciò specialmente per quanto riguarda l'aumento e la diminuzione del tono e l'aumento numerico delle oscillazioni, fino ad aversi un vero movimento di pendolo, quale HORNUNG ha potuto produrre artificialmente per azione dell' alcool, anche quando lasciava ricadere la gamba sollevata.

Nella nostra enumerazione abbiamo lasciato completamente da parte le *emozioni*. Infatti non ci è possibile in questo campo della vita psichica poter usare metodi di misura. Vero è che siamo capaci di produrre artificialmente stati sentimentali. Così possiamo provocare in maniera diversa sentimenti spiacevoli per mezzo di dolori fisici e di impressioni spiacevoli di ogni genere, e ugualmente sentimenti di piacere, di allegria, di spavento, di tensione, di ira. Specialmente facile riesce ciò con la suggestione, nella ipnosi. Queste vie sono state spesso battute, specialmente da LEHMANN, per esaminare l'influenza delle emozioni sul respiro, sul polso e sulla pressione sanguigna. Tali esperimenti hanno condotto ad una serie di dati importanti, i quali lasciano supporre che non sarà inutile l'applicazione dei medesimi procedimenti agli stati emotivi patologici. Anche gli altri mezzi di indagine che ci permettono di comprendere più finemente le manifestazioni volitive, quali l' ergografo, l' istrumento di SOMMER per il tremore, il suo « moltiplicatore del riflesso », la bilancia per la scrit-

tura, possono utilizzarsi per notare e misurare per lo meno i sintomi esterni degli eccitamenti emotivi. Entro certi limiti otterremo in tal modo forse anche spiegazioni sopra la forza e il genere delle interne commozioni.

Oltre a ciò dobbiamo far rilevare come alcuni veleni possano produrre accentuati stati sentimentali, che forse stanno in relazione con le azioni misurabili di essi sulla vita psichica. Così abbiamo antecedentemente veduto che l'azione dell'alcool che facilita la determinazione dei movimenti, della morfina che eccita la facoltà immaginativa, potrebbe essere la base del mutamento del tono sentimentale, mentre lo stato di benessere prodotto dal thè potrebbe essere in relazione con la facilità all'attività intellettiva per la contemporanea tranquillità motrice; come la tranquilla soddisfazione del fumatore potrebbe essere in rapporto con l'azione debolmente paralizzante e calmante del tabacco. Anche in questi casi sarebbe desiderabile poter estendere gli esami a quei campi in cui, secondo l'esperienza, si esplicano le emozioni. Se conoscessimo più esattamente l'azione dei veleni secondo tutte queste direzioni, sarebbe possibile arrivare a concludere sulla speciale natura degli stati emotivi esistenti dai cambiamenti che un veleno produce nei singoli casi. L'azione completamente diversa che l'alcool e il bromo p. e., producono sul tono sentimentale dell'epilettico ci autorizza a dire ciò. La differenza che passa tra l'eccitamento del maniaco e dell'epilettico viene messa bene in evidenza dall'influenza completamente diversa che ha il bromo sopra ambedue gli stati. E infatti il mezzo di indagine delle azioni dei veleni per una scomposizione di determinati stati psichici, è stato già da noi adoperato con buon successo.

Veniamo ora alla ultima parte dell'esame psichico, che certamente non è meno importante delle altre, cioè alla determinazione delle facoltà psichiche fondamentali. Con l'aiuto delle successive soluzioni di quesiti analoghi noi siamo capaci di seguire continuamente i mutamenti della nostra capacità psichica nei diversi campi. Dalle oscillazioni della capacità al lavoro noi potremo ottenere una misura delle surriferite qualità fondamentali della personalità psichica. Simili esatte misure richiedono però innumerevoli esperimenti e un ordine speciale adatto allo scopo attuale (1). Tuttavia la capacità di esercizio si potrà misurare con l'aumento della capacità a produrre sotto l'influenza del lavoro. Si potrà comparare forse la produzione iniziale in due esperimenti eseguiti ad un certo intervallo l'uno dall'altro. Vero è che la perdita dell'esercizio che nel frattempo è avvenuta, non può essere considerata,

(1) Kraepelin, *Archiv. f. die gesamte Psychologie*, I, 9, 1903.

benchè essa probabilmente non sia uguale nelle diverse persone. La stabilità dell'esercizio si può riconoscere dall'aumento della produzione di lavoro, che è rimasto ancora dopo un lungo intervallo dalla azione dell'esercizio constatata antecedentemente. L'eccitabilità può essere misurata dalla diminuzione della capacità di produzione che viene provocata da pause di lavoro più corte in confronto al lavoro ininterrottamente continuato. Quale misura approssimativa della facilità a stancarsi può essere indicata la diminuzione della capacità di produzione dopo un determinato lungo tempo di lavoro. Sulla facoltà di risarcimento delle forze psichiche si può ottenere un giudizio dallo stato della facoltà di produzione dopo una pausa consecutiva a lavoro faticoso. Per determinare la profondità del sonno ci serviamo in ciascun periodo della notte della intensità degli eccitamenti che sono sufficienti a svegliare i dormienti. Misuriamo la distraibilità dalla diminuzione della capacità di produzione dovuta all'azione unica di determinati stimoli, mentre la capacità ad abituarsi si riconosce dal cambiamento della facoltà di produzione durante prolungata influenza di quegli stimoli.

Mi devo limitare per ora a questi brevi cenni. Una esposizione più estesa dei metodi di misura della ampiezza psichica qui sopra detti si riscontra nei lavori accennati. Estesi singoli esami hanno dato la prova che il maggior numero di tali esperienze possono eseguirsi con i mezzi di indagine dei quali possiamo anche oggi disporre e che possono eseguirsi più o meno completamente anche in certi malati psicopatici. Se allo stato attuale della scienza non si tratta che di inizii ancora di poca importanza, pure essi forniscono la prova che è possibile, anche nel nostro campo, di stabilire a poco a poco un terreno per più esatti e scientifici mezzi di osservazione.

Osservazione. — Si comprende facilmente come nei casi un po' difficili non è sufficiente il semplice esame dell'infermo; al contrario per avere una maggiore sicurezza si richiede un tempo di osservazione più o meno lungo. La timidità di fronte ad un esame non abituale, l'impressione di trovarsi in una situazione nuova, può cambiare per un certo tempo completamente il quadro, e ciò facendo astrazione da quelle forme morbose, che per loro natura decorrono con periodi liberi o che si presentano solo ad attacchi. Il luogo migliore per l'osservazione è certo il *Manicomio,* perchè in questo solo è assicurata una sorveglianza permanente e intelligente. Con grande frequenza i primi giorni dell'internamento, che per lo più si lasciano decorrere senza interventi speciali, non dànno luogo a osservazioni

caratteristiche: solo a poco a poco le manifestazioni morbose, se esistono, risaltano distintamente. Tutti quei singoli tratti del quadro psichico che ad un primo esame erano solo accennati, ad una osservazione più lunga si accentuano: ciò che è essenziale si distingue da quel che non lo è e da ciò che è casuale. La straordinaria differenza tra il primo e i successivi esami di un malato di mente diviene specialmente rilevabile quando si prende l'abitudine a formulare una diagnosi decisa in ogni caso fino dal primo esame. Allora dopo pochi giorni spesso tutte le difficoltà che si sono da principio presentate nel giudizio, non si comprendono più. Inoltre l'osservazione diviene più naturale quando l'infermo si trova tra altri infermi e il medico viene conosciuto meglio, il paziente si abbandona di più e tradisce le caratteristiche, i pensieri, i sentimenti, che teneva tenacemente racchiusi in sè nel primo esame. Di importanza speciale a tale riguardo sono le lettere o altri scritti, che spesso forniscono una luce inattesa sullo stato del loro autore.

Oltre ciò siamo in grado di conoscere la attuale *condotta* del malato solo nei confini ristretti del Manicomio, che però dà ancora sufficiente occasione al soggetto in esame per manifestazioni volitive patologiche. Vivacità o indifferenza, distraibilità o carattere chiuso, capacità alle azioni o debolezza, soverchia stima di sè stesso o timidità, eccitabilità o ottundimento, decisione o indecisione, determinabilità o indocilità, voglia di lavorare o pigrizia — tutte queste proprietà e molte altre si faranno riconoscere gradualmente in modo molto deciso nei piccoli fatti giornalmente osservati. Finalmente è possibile solo con una continua osservazione determinare in modo sicuro il decorso progressivo o stabile della attuale infermità, il miglioramento, il peggioramento, gli attacchi di ogni genere, il comportamento del sonno, dell'appetito, delle digestioni e sopra tutto del peso del corpo. Per quanto dunque nel singolo caso sia possibile mettere in chiaro il comportamento somatico e psichico, questo scopo potrà essere ottenuto di regola con varii metodi sperimentali che sono dati dall'osservazione clinica.

AUTOPSIA (1). — Se negli altri campi della Medicina siamo abituati a riguardare l'esame del cadavere quale ultima conferma della nostra diagnosi, in Psichiatria dobbiamo dare solo un valore molto li-

(1) JULIUSBURGER u. MEYER, *Monatsschr. f. Psych.* III, 316; ALZHEIMER, *Monatsschr. f. Psych.* II, 82; *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* LVII, 597; NISSL, *Archiv. f. Psych.* XXXII, 656; HEILBRONNER, *Erlebnisse der allgemeinen Pathologie und*

nitato all' esame del cadavere. Dove nel vivente una accurata osservazione non poteva stabilire con sicurezza dai fenomeni esistenti un disturbo mentale, l'esame del cervello non può certamente decidere almeno attualmente la questione. La causa di ciò non sta però nel fatto che la pazzia non abbia un fondamento in alterazioni somatiche. Al contrario si rileva sempre più chiaramente che anche quei disturbi che hanno breve durata e che vengono appena presi in considerazione, come gli offuscamenti della coscienza durante l'agonia, sono uniti sempre a riconoscibili mutamenti della corteccia cerebrale. Per tal fatto è grandemente difficile poter riscontrare cellule completamente normali nella corteccia cerebrale dell'uomo. È proprio questa sensibilità degli elementi corticali che rende così difficile la spiegazione dei reperti nei malati di mente; in alcuni casi è spesso appena possibile distinguere se le alterazioni riscontrate rappresentano il fondamento della pazzia o siano prodotti della malattia terminale.

Ma anche in quei casi nei quali, per queste o per quelle ragioni, si possono mettere in relazione col processo psichico morboso le alterazioni cellulari riscontrate, non possiamo da queste sole trarre conclusioni sulla natura di questi processi. Dall' esame degli effetti venefici sulle cellule nervose, Nissl giunse al risultato che per una serie di veleni l'intossicazione subacuta produce bensì determinati cangiamenti in certe cellule della corteccia, ma la specificità di queste alterazioni si va perdendo completamente nelle intossicazioni croniche, le quali vengono specialmente sotto gli occhi dei psichiatri. Se ciò avviene per i disturbi cerebrali nettamente caratterizzati che son dovuti a veleni e che sono inoltre accessibili all'esperimento, si dovrà ritenere a priori che sia poco probabile poter riscontrare caratteristici mutamenti cellulari nel complesso delle malattie mentali di natura e origine completamente sconosciuta. Nissl ha perciò affermato francamente che tutte le forme di mutamenti patologici cellulari da lui descritte non solo non sono caratteristiche di determinati quadri morbosi clinici, ma nemmeno rappresentano un indizio sicuro dell'esistenza di un disturbo psichico. Ugualmente non si possono dimostrare rapporti sicuri tra estensione e gravità delle alterazioni patologiche cellulari da un lato e intensità delle manifestazioni morbose cliniche dall'altro.

È bensì vero che la conoscenza nostra sopra tali rapporti và soggetta all'inconveniente che spesso solamente determinate forme cel-

---

pathol. Anatomie, VI, *Suppl.* 555; Robertson, *A text-book of Pathology in relation to mental diseases,* 1900; Meyer, *Die pathologische Anatomie der Psychosen,* Orth, *Festschrift.* 1902.

lulari, in genere quelle di maggiore volume, sogliono venire esaminate più esattamente, mentre sulle alterazioni degli altri elementi, che forse sono molto più importanti per la vita psichica, solo assai poco ci è noto. Oltre a ciò allo stato attuale della nostra scienza non è possibile dare in qualsiasi modo un sicuro giudizio sulla estensione e sulla limitazione locale dei processi morbosi corticali. Per la straordinaria molteplicità degli organi dei quali senza dubbio si compone la corteccia cerebrale, non possono essere sufficienti poche osservazioni per farci comprendere chiaramente la diffusione dei mutamenti cellulari. Forse sarebbe possibile che un esame attento di tutte le specie di cellule e un accurato esame dell'intera corteccia cerebrale ponesse in chiaro speciali caratteristiche dei varii processi morbosi, non per quanto riguarda la natura delle alterazioni cerebrali, ma per la diffusione alle singole specie di cellule, e ai singoli campi corticali.

D'altra parte però dovremo sempre ammettere che in tutti i disturbi psichici si tratti di mutamenti largamente diffusi, poichè sappiamo abbastanza bene come distruzioni corticali molto estese possano decorrere spesso senza alcun riconoscibile nocumento della vita psichica. A ciò corrisponde anche l' osservazione che in quelle forme della pazzia nelle quali si riscontrano mutamenti cellulari, questi ultimi presentano una diffusione grandissima. Ma noi non possiamo ammettere decisamente se questo reperto stia in un qualsiasi rapporto con il quadro morboso psichico, anche quando esso reperto sia differente in ciascuna forma clinica, perchè noi non sappiano se e come le singole cellule della corteccia cerebrale partecipino al decorso dei processi psichici. Appunto perciò le alterazioni cellulari attualmente rappresentano per noi solo un anello della catena dell'intero processo morboso che ha luogo nella corteccia.

Se perciò queste speciali alterazioni non sono caratteristiche di una speciale natura della malattia, noi sappiamo però che anche da un unico sintoma morboso non possiamo giungere ad una diagnosi clinica. Ma come il completo stato di un infermo permette di fare una diagnosi dal punto di vista clinico, così possiamo sperare che dall'*esame completo della corteccia cerebrale* si possano trarre conclusioni precise per poter fare una diagnosi anatomo-patologica e riporre così ogni caso in questo o quel gruppo di processi morbosi. Tale speranza è già divenuta reale per una serie di malattie. Se noi consideriamo non solamente le cellule e le fibre, ma anche la nevroglia e i vasi sanguigni, possiamo già oggi mettere in relazione certe determinate manifestazioni anatomiche con quelle cliniche, e trarre dalla autopsia conclusioni sul quadro morboso

presentato durante la vita. Ciò avviene sopratutto nella paralisi progressiva, in alcune forme della demenza senile, delle malattie arterio-sclerotiche o di malattie vasali luetiche; in grado minore anche in certi gruppi di idiozia, nella dementia praecox e in una serie di altre malattie. Non raramente l'esame anatomico ci ha dimostrato che quadri morbosi apparentemente di facile interpretazione non appartenevano ai gruppi clinici ai quali erano stati assegnati. D'altra parte, specialmente nei disturbi psichici a decorso acuto, si è sufficientemente spesso dimostrato impossibile inquadrare, in modo soddisfacente, i reperti anatomici in processi morbosi chiaramente caratterizzati.

Un impedimento essenziale per lo sviluppo progressivo della nostra diagnosi anatomica è certamente dovuto ancora all'incertezza che regna nella classificazione dei quadri morbosi clinici. Se anche in sèguito il reperto anatomico potrà divenire il mezzo più sicuro per confermare o correggere la diagnosi del clinico, fino ad ora l'anatomo-patologo ha ancora bisogno urgente dell'aiuto del clinico per poter separare nei suoi reperti ciò che è essenziale da ciò che è casuale e accessorio dei quadri clinici univoci.

B. *Confini della pazzia*

La necessità di una severa determinazione del concetto di malattia mentale, di una separazione di questa dalle infinite gradazioni della normalità, è stata nella storia della Psichiatria il punto di partenza di innumerevoli faticosi sforzi, di distinzioni acute, di argomentazioni sofistiche, finchè finalmente cominciò sempre più a farsi strada la cognizione inevitabile che il quesito era falso nella sua intima essenza, che non possono esistere naturalmente limiti veramente distinti e infallibili caratteristiche, come non può esistere una netta distinzione tra sanità somatica e malattia. I segni della pazzia non sono manifestazioni completamente estranee e aggiunte di recente dalla pazzia, ma esse hanno le loro radici nei processi normali e debbono la loro caratteristica solo all'esagerato aumento unilaterale, o al pervertimento di questa o quella funzione, come pure allo speciale legame dei singoli e svariati disturbi.

Il riconoscimento di un disturbo psichico riesce relativamente facile se si può raggiungere la prova che i fenomeni sospetti non hanno sempre esistito, ma che rappresentino qualche cosa di nuovo. Vero è che anche nella vita normale si hanno trasformazioni che raggiungono fino la più intima essenza della personalità, ma in generale le osservazioni di un evidente cambiamento nel pensare, nel sentire e nell'agire di un uomo, fa pensare facilmente che la natura di questo cambia-

mento sia patologica. Tale supposizione diviene sicurezza quando le manifestazioni che risaltano *si possono classificare senza opposizione in uno dei quadri clinici conosciuti,* e quando forse anche si possono riscontrare le cause che, secondo l'esperienza, sogliono produrre simile gruppo di fenomeni.

Si deve perciò ricordare che in tali casi una esatta ricerca della anamnesi, una utilizzazione accurata di tutti i mezzi di indagine e una osservazione che perduri per un certo tempo, condurranno il pratico allo scopo. Nel riconoscimento dei processi patologici, anche di quelli a decorso molto lento, la Psichiatria non è affatto mancante di mezzi d'aiuto più che la Medicina interna o la Neuropatologia, le quali abbastanza spesso possono riconoscere con sicurezza difficili casi morbosi solo dopo una lunga osservazione. Solo la ignoranza più ardita può condurre all'affermazione frequentemente ripetuta che l'alienista per la imperfezione della Psichiatria consideri spesso come malati di mente i sani, e quindi tolga a questi illegalmente la loro libertà. Vero è che il medico che sia pratico di queste malattie vede sempre più profondamente del profano, che generalmente ha una idea molto stravagante della pazzia.

La inflessibile pretesa di non essere mai soddisfatti della constatazione di un disturbo psichico generico, ma *in ogni circostanza di giungere ad una diagnosi clinica determinata,* ci proteggerà specialmente dal dannoso errore di considerare alcune manifestazioni come decisive e di non badare al completo quadro del caso in esame. Nei tempi passati, per esempio, si è disputato a lungo se potessero sopravvenire disturbi psicosensoriali anche negli stati psichici normali, e se il suicidio dovesse essere riguardato sempre quale manifestazione patologica; presentemente però sappiamo che ambedue questi fatti debbono essere giudicati nei singoli casi confrontandoli con altri fatti di esperienza. Se, per esempio, Esquirol ha ritenuto il suicidio semplicemente come una forma di pazzia, io ho potuto constatare, per mezzo dell'osservazione di suicidi i quali furono salvati, e ciò concorda con le osservazioni di altri autori, che solamente il 30 per 100 dei suicidi presentavano disturbi psichici clinicamente manifesti.

Molto difficile diviene la distinzione tra sanità e malattia psichica quando si deve decidere dell'esistenza non di un *processo* morboso, ma di uno *stato* morboso permanente. Nel primo caso la norma per giudicare ci vien data dallo stesso contegno dell'infermo prima del mutamento avvenuto; nel secondo caso invece noi dobbiamo rivolgerci per la determinazione a quei concetti generali che abbiamo conseguito nella scienza

come indice dello stato morboso. A ciò si aggiunga che noi dobbiamo tener conto di una estesa zona di passaggio, nella quale non si tratta che di apprezzare delle semplici differenze, sicchè spesso dipende dalla volontà o dal punto di vista dell' osservatore di ammettere un limite più largo o più ristretto alla malattia mentale. Questa è la ragione per la quale così frequentemente i pareri di periti anche molto illustri differiscono completamente nel giudicare questi casi; le leggi generali vengono in tali casi completamente a mancare e la conclusione viene lasciata unicamente al modo di vedere soggettivo.

L'alienista si trova perciò in tali casi presso a poco nella medesima condizione del medico delle società assicuratrici quando deve decidere intorno alla capacità al lavoro; solo con la differenza che a lui si richiede molto di più. È perciò quasi inevitabile che alcune volte il suo giudizio venga ritenuto crudele e venga combattuto dai malati e dai parenti, tanto più che quelli sempre, questi assai di frequente mancano di ogni nozione che riguardi gli stati che debbono essere presi in considerazione dall'alienista. In tale punto sta forse la ragione principale per il movimento che si è compiuto negli ultimi tempi, con ignoranza pari all'astiosità, contro l'opera degli alienisti (1). Naturalmente nessuno sarebbe più contento degli alienisti stessi se si volesse liberarli dalla responsabilità poco gradevole di giudicare le forme di passaggio tra stato normale e malattia psichica. Sfortunatamente vi è poca speranza che ciò si avveri, poichè difficilmente si potrà trovare chi si incarichi in loro vece di tale ingrata quistione.

Il campo più esteso e pur così poco noto di forme cliniche col quale abbiamo in tali casi ordinariamente a che fare, è quello della debolezza mentale originaria. I fenomeni di essa possono essere osservati in tutte le manifestazioni della vita psichica, sicchè noi dobbiamo gettare per lo meno un rapido sguardo a tutti *i territorî psichici vicini*, non tanto per risolvere le difficoltà esistenti, quanto per indicare la impossibilità di una soluzione essenziale di esse.

Nel campo dell'intelligenza si possono distinguere principalmente due forme di debolezza psichica, da una parte una insufficiente capacità psichica, dall'altra una mancanza di critica in dipendenza di un eccessivo sviluppo della immaginazione. Alla prima forma, che è caratterizzata da mancanza di concetti generali, ristrettezza di orizzonte, povertà dei pensieri e ottundimento, corrisponde nel campo normale

(1) Si confrontino i recenti opuscoli, famosi per la loro ignoranza e sfrontatezza, del Sig. E. A. Schröder: *Das Recht im Irrenwesen*, 1890; *Zur Reform des Irrenrechtes.*

quella forma di deficienza che si suole chiamare con il nome di *limitazione mentale*. I più alti gradi di questa si confondono però, senza mostrare alcuna differenza, con i casi più leggeri della debolezza mentale: non esiste alcun segno che permetta di stabilire una differenza altro che di grado.

Anche la seconda forma della debolezza psichica trova il suo riscontro nei limiti normali. Esistono persone eccitabili, credule, che vedono ovunque il mondo sotto il proprio punto di vista, che costruiscono castelli in aria, che suppongono subito rapporti, che corrono dietro a idee e progetti stravaganti. Sotto un certo senso noi possiamo ritenere anche la superstizione come una forma normale di delirio, in quanto che proviene dalla stessa radice del bisogno emotivo. Perciò in alcune circostanze può essere difficilissimo separare nei nostri infermi le superstizioni e i delirii. Il termine di passaggio agli stati patologici è dato dal gruppo degli esaltati e dei raggiratori, nei quali si può spesso riscontrare addirittura uno stato degenerativo e specialmente la predisposizione epilettica e isterica. Agli esempi isolati di talento parziale nei soggetti deboli di mente e negli idioti, si possono contrapporre alcuni dei cosidetti genii incompresi, di inventori e scopritori, di fondatori di religioni, nei quali la difettosa unità delle complessive attitudini diminuisce anche lo sviluppo libero e fruttifero delle qualità singolari della loro personalità.

Si è giunti perfino al punto di considerare il vero genio quale una manifestazione patologica, come una forma di degenerazione (1). Tale opinione è certamente esagerata. È ben vero che nella stessa famiglia si possono trovare non di rado predisposizioni morbose accanto a talenti elevati. Inoltre si può ammettere che lo sviluppo eccellente di alcune facoltà psichiche porti con sè facilmente una diminuzione delle altre. In tal modo vediamo esistere molto spesso negli uomini geniali debolezze incomprensibili accanto a brillanti capacità. Ma se si vuole scoprire in tutti gli eroi dell'umanità queste o quelle tracce che conferiscono la impronta di fatti morbosi, si dimentica che esistono ben pochi casi di normali che, sottoposti a preconcetta analisi, non dimostrino qualche accenno di disturbi morbosi. Perciò non crediamo che questi fatti debbano indurci a ritenere le manifestazioni più elevate della psiche umana quale emanazione di una degenerazione. Certamente noi ritroviamo nell' uomo di genio tratti che riscontriamo anche nel

---

(1) Lombroso, *Genio e degenerazione*, 1897; Regnard, *Annales médico-psychologiques VIII*, 7. 10. 1898; Löwenfeld, *Uber die geniale Geistestätigkeit*. 1903.

campo morboso, quali la sorprendente audacia delle associazioni ideative, la vivacità della immaginazione, la visione del tutto trascurando i particolari. Solo queste caratteristiche del genio vengono trattenute nei loro sicuri limiti dalla contemporanea perfezione dell' intelligenza che pondera ed esamina, mentre nei degenerati simili tratti si impadroniscono sfrenatamente della vita psichica. Se quindi tra i genii se ne potrà trovare un certo numero di cui lo sviluppo unilaterale o la impressionabilità aumentata mettono in pericolo, in certe direzioni, l' equilibrio normale della vita psichica, dovremo peró considerare il genio nel suo complesso quale espressione altissima della personalità psichica completamente sviluppata.

Di grande importanza, e quindi ricercata sempre con grande zelo, diviene la delimitazione di ciò che è morboso da ciò che è normale nel campo della vita sentimentale e della condotta che vogliamo considerare insieme. Per tal modo è specialmente importante distinguere quelle azioni che hanno origine da premesse *morbose,* da quelle dovute a motivi *immorali.* In simili casi non si rimarrà *a lungo nel dubbio* se riesce di riscontrare quale causa dei fatti una idea delirante, un disturbo psicosensoriale o anche un sentimento oscuro di ansia o uno stimolo impulsivo. Le difficoltà più grandi cominciano invece quando al giudizio medico vengono sottoposti non mutamenti della natura dei sentimenti, ma solo *sfumature graduali.* Ogni azione umana si effettua quando i moventi prevalgono sopra i contro-motivi che ad essa si oppongono. Quindi una azione immorale può essere basata, o sopra un grande sviluppo degli impulsi immorali, o sopra la mancanza degli arresti morali; e finalmente tanto il primo sviluppo troppo abbondante quanto il secondo insufficiente possono provenire da cause morbose. La irascibilità morbosa si continua gradualmente con la eccitabilità del delinquente passionale e le mutevoli depressioni del psicopatico originario rappresentano solamente un aumento delle manifestazioni melanconiche del misantropo, le quali sebbene al pari di quelle infondate, lo fanno disperare dal valore dell'esistenza. In questi ultimi casi il suicidio, nei primi casi l'omicidio dovrebbe essere considerato, dal punto di vista morale, in maniera completamente diversa secondo lo stato normale e morboso dell'emotività; ma spesso anche la più esatta analisi non puó riscontrare i limiti veri tra normale e patologico, per la evidente ragione che tale limite non *esiste.*

Questa difficoltà si manifesta a noi in modo ancor più convincente laddove il *difetto morboso* dei sentimenti morali deve essere distinto dalla « cattiveria morale ». Come non si puó ammettere che la man-

canza di un rene possa essere morbosa in un caso e non in un altro, altrettanto non si può ammettere una forma di depravazione normale accanto ad una patologica. Per giudicare della morbosità di una azione non si dovrà in primo luogo tener conto se questa sia originaria, acquisita o dovuta ad un fatto qualsiasi; solo *dalla estensione di essa* si potranno distinguere gradi normali e patologici, come la piccolezza del rene comincia ad essere ritenuta patologica al di sotto di un certo limite, che varia notevolmente secondo l'apprezzamento individuale. Se la perdita dei sentimenti morali più elevati è una parziale manifestazione di certi processi patologici (p. e. dell'alcoolismo, della paralisi) tale fatto non esclude però che anche la mancanza dovuta a trascuratezza educativa debba considerarsi come patologica quando raggiunga una determinata misura e non sia capace di essere compensata. Ogni organo del nostro corpo ha bisogno di esercizio e di educazione per produrre il lavoro richiesto: il sordo-muto non educato rimane notoriamente al grado di sviluppo psichico del deficiente. Dovrebbe forse fare eccezione solo il soggetto *non educato moralmente;* ma non potrebbe esservi anche in lui una imperfezione nello sviluppo emotivo, che a volte potrebbe acquistare una estensione morbosa? Una considerazione scientifica della immoralità ci conduce inevitabilmente alla conclusione che anche la mancanza di sentimenti morali, non solo accompagna indubbiamente determinate forme morbose cliniche, ma nei suoi gradi più elevati, oltrepassa senza limiti netti il campo patologico; e deve essere considerato quale arresto di sviluppo della vita emotiva, equivalente esattamente in altre direzioni alla insufficienza della forza intellettiva.

Quindi in simili casi, nella constatazione giuridica del disturbo psichico, è bene spesso, fino ad un certo punto, questione di opinione personale se alla domanda posta si debba rispondere affermativamente o negativamente. Mentre è sempre facile, per lo meno dopo una lunga osservazione, di constatare o escludere con sicurezza la esistenza di una mania, di una melanconia, di una paranoia, di una dementia praecox o di una demenza paralitica, è invece difficilissimo anche per una intelligenza elevatissima distinguere le graduali sfumature della debolezza psichica originaria. La colpa di ciò non è certamente della Psichiatria, ma esclusivamente della quistione giuridica, che ammette solo separazioni distinte tra responsabilità e irresponsabilità, trascurando completamente tutte le innumerevoli forme di passaggio. Forse un più esatto esame della debolezza psichica ci aiuterà a limitare più distintamente le manifestazioni morbose; la vittoria sulle difficoltà *fon-*

damentali, come anche la possibilità di ottenere sicure norme per il giudizio, si otterrà certamente solo col presentare in altro modo le domande giuridiche al perito medico.

C. *Simulazione e dissimulazione.*

La questione è molto più semplice in quei casi nei quali non deve essere stabilita la esistenza o meno di un disturbo psichico, ma dove si tratta di scoprire una *simulazione* (1). In tali casi una norma sicura per il giudizio è data dalla considerazione che i gruppi attuali di manifestazioni debbono corrispondere alle altre osservazioni note all'alienista. Vero è che anche in soggetti indubbiamente malati di mente riscontriamo spesso stati che non si possono catalogare in una delle forme usuali; su ciò appunto si basa tutto il progresso della nostra dottrina sulle forme cliniche. Però simili osservazioni da principio oscure non presentano mai intime contraddizioni. Noi sappiamo esattamente come certi sintomi morbosi ne escludano altri, così per esempio un malato tranquillo senza offuscamento della coscienza e senza disturbi di fissazione non può essere disorientato in modo duraturo; e la mancanza delle più semplici conoscenze istruttive può solo unirsi alla demenza o a un profondo disturbo della memoria, oppure può essere simulata dal negativismo. Quindi possiamo, anche se un quadro morboso non si può del tutto semplicemente spiegare, formarci in generale molto presto un giudizio sopra la sua intima unità e sopra la sua verosimiglianza.

Per rappresentare un quadro morboso esente da contraddizioni occorrono conoscenze assai estese dell'arte, ed è inoltre necessario anche una abilità eccezionale e una persistenza per mantenere ed eseguire la parte assunta. Le idee che i profani hanno delle malattie mentali differiscono quasi sempre tanto dal vero contegno dell'infermo, che per l'alienista è di regola molto facile riconoscere e smascherare la simulazione. Con la maggior frequenza è imitata la profonda idiozia o gli stati di eccitamento (« mania furiosa »); in ciò sta sopratutto il lato debole dei simulatori, cioè di esagerare e di far credere possibile la loro malattia mentale mescolando insieme manifestazioni con

(1) Fürstner, *Archiv. f. Psychiatrie, XIX,* 3; Fritsch, *Iahrb. f. Psychiatrie, VIII,* 1. u. 2; Raimann, *ebenda XXII,* 443, 1902.

tradditorie e in questo modo rendono possibile la differenziazione dai veri malati. Frequentemente riesce anche con diversi esami vessatorii, proferendo alcune osservazioni, di suggerire manifestazioni morbose, in special modo la completa insensibilità a stimoli dolorifici, paralisi, svenimenti, ecc. Molto rari sono i casi nei quali con lunga osservazione non possa venire dimostrata sicuramente la simulazione.

Frattanto per quanto facilmente e sicuramente soglia venire riconosciuto l'inganno volontario, altrettanto difficile riesce spesso l'esclusione dell' esistenza di un disturbo psichico *oltre alla simulazione*. Neumann dice con ragione che nessun medico dovrebbe rilasciare mai un certificato di sanità psichica; nei simulanti tale cautela è doppiamente necessaria. Gli alienisti più esperti dicono che tra i simulatori si trovano solo un piccolissimo numero di soggetti veramente sani di mente, sebbene il vero disturbo psichico sia di natura del tutto diversa da quello simulato. Tra questi casi sono da considerare specialmente i catatonici, i querulanti, gli isterici, i deficienti. Io stesso posso dire che nel corso della mia esperienza sono diventato sempre più riservato nell' ammettere una pura simulazione senza un altro disturbo psichico, dopo che ho visto divenire in seguito dementi un grande numero di simulatori. Quindi io consiglio di riesaminare dopo alcuni anni i soggetti che antecedentemente furono smascherati come simulatori. Del resto riflettendo ponderatamente si rileverà facilmente che motivi sufficienti per spingere alla simulazione un individuo normale debbono essere straordinariamente rari. Voglio ammettere però che nelle grandi città ove esiste una estesa popolazione di delinquenti, le condizioni possono essere diverse che altrove. I mezzi e i metodi che rendono possibile nei singoli casi lo scoprire la simulazione, le conclusioni che si possono trarre sullo stato di mente di un soggetto, dal suo contegno prima, durante e dopo una azione delittuosa e tutta una serie di altri fatti, non riferiamo qui perchè appartengono alla Psicopatologia forense.

Dobbiamo infine parlare della *dissimulazione* delle manifestazioni morbose, che è presentata a volte molto abilmente specialmente dagli alcoolisti, da circolari e dai paranoici per ottenere il licenziamento dal Manicomio o l'abolizione della tutela. Esistono pazzi inguaribili che per lunghi anni sanno mantenere il loro contegno esterno socievole e che rinchiudono profondamente nel loro interno il nucleo delle loro idee deliranti, finchè una parola irriflessiva, un occasionevole eccitamento emotivo fa aprire ad un tratto gli occhi meravigliati a chi li circonda e dà la spiegazione di tante singolarità del contegno, che si erano considerate fino allora come semplici originalità. A chi ignora le relazioni

segrete e l'intreccio dei fili che formano il tessuto delirante, può rimanere completamente nascosto il profondo disturbo di alcuni pazzi, anche se non viene in modo speciale dissimulato. Allo stesso medico accade talvolta di sforzarsi invano per molto tempo, malgrado il suo sospetto generale e sicuro, per penetrare nell'intimo di un malato, e solamente le notizie della vita passata, il contegno nell'epoca di libertà possono far comprendere chiaramente la vera estensione del disturbo morboso. Alcuni infermi si mostrano al medico completamente inoffensivi e non pericolosi, negano completamente qualunque fatto ereditario, negano tutte le idee deliranti e sanno giustificare in modo così disinvolto e abile le loro azioni anormali, che riesce molto difficile la chiara concezione dei tratti morbosi. Quindi avviene che gli inesperti si lasciano spesso completamente ingannare da questi infermi. In tal modo si spiegano i certificati di sanità psichica che alcuni malati di mente sanno procurarsi da medici in parte competenti o anche da incompetenti. Nessun alienista esperto emetterà nei casi sospetti il giudizio di inesistenza di un disturbo psichico solo da un interrogatorio, senza conoscere più esattamente tutti i rapporti e senza l'osservazione in un manicomio, perchè egli sa che quasi senza eccezione hanno bisogno di farsi rilasciare un certificato della loro sanità psichica solo quei soggetti che sono in verità infermi.

Si farà bene perciò ad accettare con la maggiore cautela quegli opuscoli che sempre appassionano la pubblica opinione, nei quali sogliono essero dipinti coi colori più vivi i torti giudiziarii di volontaria privazione di libertà, i pericoli di un annientamento psichico. Vero è che la spiegazione di simili casi spesso non è facile, ma richiede vastissime conoscenze e una sintesi completa di tutti i relativi fatti e di tutte la personalità. Non dobbiamo tacere neppure che anche i medici, che a torto sono creduti competenti, hanno dichiarato infermi di mente soggetti, che nel senso più stretto della parola non lo erano; specialmente i soggetti litigiosi sono stati ritenuti spesso erroneamente quali querulanti. Un fatto molto comune però è che soggetti certamente malati di mente sono stati dichiarati a volte, con loro grandissimo danno, sani di mente. Tali errori però non sono colpe della Psichiatria, la quale si affatica per quanto può a perfezionarsi, ma sono essenzialmente colpe dello Stato, che ha trascurato quasi dovunque nel modo più funesto non solo lo sviluppo della Psichiatria clinica, ma anche la educazione psichiatrica dei medici, anche di quelli che sono impiegati dello Stato. È da notare però come a tale riguardo negli ultimi tempi si noti un qualche miglioramento.

Per finire dobbiamo ancora ricordare la dissimulazione di infermi coscienti che presentano mania di suicidio e che a volte con grande abilità nascondono le loro idee e i loro sentimenti morbosi; simulano un miglioramento e un tono sentimentale gaio, per potere, essendo meno accuratamente sorvegliati, effettuare il loro progetto suicida. Anche la conoscenza più esatta di simile pericolo molto grave, e una vigilanza ininterrotta non possono sempre proteggere da spiacevoli conseguenze.

V

Trattamento della pazzia (1)

Due sono le vie per un utile trattamento della pazzia: combattere le cause, e far scomparire o per lo meno mitigare le manifestazioni morbose. Il primo cómpito si raggiunge con la *profilassi.*

A. ***Profilassi*** (2)

Per la grande importanza che ha l'eredità per la diffusione della pazzia, dobbiamo innanzi tutto domandarci *se un malato di mente possa o no contrarre matrimonio.* Specialmente in alcune forme di psicosi isteriche, per la loro supposta origine da insoddisfatto bisogno sessuale, si è ritenuto che il matrimonio fosse un mezzo di guarigione. L'esperienza ha invece dimostrato che i soggetti sani coniugati presentano bensì ai disturbi psichici una tendenza leggermente minore che i celibi; ma quando l'infermità è già in atto, il matrimonio ha spesso una influenza addirittura nociva, specialmente nel sesso femminile. A tutto ciò si aggiunge il pericolo della trasmissione della disposizione morbosa ai discendenti. Sembra dunque giustificata, dal punto di vista medico, la legge generalmente accettata che, quando vi sia un disturbo mentale in atto o pregresso, e specialmente se si tratta di una forma indicante degenerazione psichica, *il matrimonio sia in ogni circostanza da sconsigliare,* mentre la semplice origine da una famiglia

---

(1) PENZOLDT *u.* STINZTING, *Handbuch der speziellen Therapie, Bd.* V, *Abt.* IX: *Behandlung der Geisteskrankheiten, von* EMMINGHAUS-PFISTER *(Allgemeiner Teil) und* ZIEHEN *(Spezieller Teil).* 1896; BLEULER, *Die allgemeine Behandlung der Geisteskrankheiten,* 1898; GARNIER *et* COLOLIAN, *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Hygiène et prophylaxie.* 1901; PELMAN, *Ueber die Behandlung der Geisteskranken, Deutsche Klinik,* 1902.

(2) FUCHS, *Die Prophylaxe in der Psychiatrie in* NOBILING-JANKAU, *Handbuch der Prophylaxe,* V, 1900; MOREL, *Psychiatrische Wochenschrift,* I, 380, 1899.

con labe ereditaria quando non vi siano manifestazioni e fenomeni morbosi, malgrado i pericoli che possono minacciare, non costituisce una assoluta controindicazione al matrimonio. Solo quando esiste consanguineità o quando in ambedue le famiglie si sono manifestati disturbi psichici, specialmente se di forma eguale, si dovrà essere seriamente scrupolosi.

Del resto l'esperienza insegna che i consigli sui matrimoni da contrarsi vengono bensì richiesti e ascoltati, ma solo molto raramente seguiti. I bisogni del miglioramento della razza, della selezione sessuale dal punto di vista della sanità fisica e psichica cedono d'ordinario ad altri motivi molto meno importanti. Anche l'intervento dello Stato con proibizioni di matrimonio o con la richiesta di certificati di sanità avrebbe poco valore, perchè si potrebbero in tal modo limitare i matrimonii, ma non la procreazione. Näcke si è scagliato contro la proposta deliberata nello stato di Michigan, che vuole rendere incapaci alla procreazione alcuni gruppi di soggetti degenerati e che offrono pubblico pericolo tagliando parzialmente negli uomini i canali deferenti, nelle donne, in casi gravi, estirpando l'utero. Senza dubbio tale misura sarebbe efficace, ma appare difficile poter determinare in quali casi dovrebbe ciò avvenire.

Tutta una serie di malattie generali possono indurre serii danni sull'embrione, e spesso anche addirittura la predisposizione alla pazzia. Ricordiamo innanzi tutto l'alcool, la morfina, la cocaina, la sifilide. Una debole consolazione è che, negli alcoolisti e nei morfinisti, la capacità sessuale suole gradualmente diminuire; in compenso però l'ubbriachezza, la quale, si dice, ha una azione nociva diretta sulla fecondazione, aumenta l'appetito sessuale. Per quanto tempo, malgrado cure radicali, la lue abbia funeste influenze sui discendenti, non si sa ancora bene. Se si vorrà perciò prevenire una degenerazione nei discendenti si dovrà combattere sopratutto l'estendersi delle suddette cause, o per lo meno si dovrà impedire la procreazione nei soggetti da esse colpiti, sia con insegnamenti e spiegazioni, sia con adatto isolamento.

È incerto poter dire fino a qual punto sarà possibile ovviare ai nocumenti prodotti sul cervello infantile dall'asfissia, dalla compressione o dalle lesioni durante il parto; forse un perfezionamento negli studi delle levatrici, la regolare consultazione del Medico nei casi più difficili, l'aumento delle Case di maternità potranno impedire più o meno il manifestarsi dell'idiozia da parto. Anche la pretesa delle madri di allattare non dovrebbe essere senza importanza per il mantenimento della salute psichica del bambino. Da parecchio tempo non

riteniamo più che le convulsioni dei bambini lattanti, la « eclampsia », siano manifestazioni senza pericolo. Più spesso sono segni più leggeri o più gravi di malattie cerebrali, le quali possono lasciare durevoli tracce nella vita successiva, quali nervosismo generale, epilessia, debolezza mentale fino all'idiozia pronunciata. Poichè però la porta d'ingresso per le cause morbose risiede in tali casi probabilmente nell'intestino, la nutrizione col latte materno potrà far diminuire in modo essenziale tali pericoli, tanto più che questa nutrizione aumenta anche la generale capacità di resistenza del bambino contro le influenze morbose. Al pericolo del cretinismo che minaccia l'età lattante, si può rimediare con l'allontanamento dalle contrade ove il cretinismo regna, o con la somministrazione di tiroidina.

La diversità tra fratelli e sorelle cresciuti nelle medesime condizioni ci mostra spesso come irrevocabilmente lo sviluppo della personalità psichica venga determinato dalla predisposizione e dalla miscela originaria. Tuttavia non potremo negare all'*educazione* una certa importanza per la profilassi della pazzia. Appunto i genitori un po' originali non sono spesso capaci di mantenere una giusta misura tra una capricciosa severità eccessiva, ed una effeminata condiscendenza; influenze che solo un bambino dotato di molta forza psichica può sopportare senza un nocumento durevole per lo sviluppo della sua personalità. Il consiglio medico trova non di rado in tali casi occasione per intervenire e avvertire. In generale ogni bambino viene educato nel modo più efficace dai rapporti con i suoi coetanei. Perciò l'accurata scelta dei compagni, l'esclusione di camerati guasti o degenerati è importante, specialmente per i bambini con predisposizione psicopatica. In casi speciali, nei fanciulli molto sensibili ed eccitabili, sarà indicata una educazione a parte.

Negli ultimi tempi ha attirato la generale attenzione la *quistione del soverchio lavoro* (1) nelle scuole. Si può ammettere con grande verisimiglianza che nessun cervello giovanile è in grado di eseguire, nel senso più stretto della parola, tutto quel che esigono i troppo ponderosi orarii scolastici. Se perfino un adulto non può eseguire un lavoro psichico, anche molto semplice, per un tempo più lungo di un'ora senza dimostrare evidenti segni di stanchezza rapidamente crescenti, nell'età giovanile tale stanchezza sopravverà naturalmente più presto per il difficile cómpito dell'insegnamento scolastico. Vero è che la stanchezza per sè stessa non è ancora un pericolo, perchè ogni attività

(1) Benda, *Nervenhygiene und Schule*, 1900.

induce bensì necessariamente un consumo di forza ma d'altra parte con l'esercizio aumenta la capacità al lavoro e diminuisce la stancabilità. Noi però sappiamo che una eccessiva stanchezza può condurre ad uno stato di esaurimento e quindi ad alterazioni che solo lentamente e in seguito a lungo riposo vengono riparate. Non è ancora possibile riconoscere quando comincia l'azione nociva della stanchezza. Possiamo solo dire in generale che tale punto si raggiunge quando la stanchezza al lavoro non si ripara più regolarmente da un giorno all'altro. Si può concedere che la grande maggioranza degli studenti sani e con valida costituzione possiede una forza di tensione tale da poter, senza durevoli nocumenti, rispondere ad esigenze piuttosto gravi. Ma è anche ugualmente sicuro che si riscontra in ciascuna scuola un certo numero di studenti, i quali benchè abbiano una buona disposizione, pure presentano una facile stancabilità, dimostrano facilmente i segni di una stanchezza durevole e hanno perciò bisogno di essere osservati accuratamente dal Medico. In genere abbiamo a che fare non solo con fanciulli provenienti da famiglie degenerate, ma anche con quelli che in seguito ammalano di malattie mentali più o meno gravi. La eccessiva stancabilità è però indubbiamente uno dei segni della degenerazione, che si collega, come sembra, ad una grande capacità all'esercizio e può, fino ad un certo grado, essere latente.

Nella scuola i pericoli del sopra-affaticamento vengono in certo modo riparati con intervalli di ricreazione intercalati fra i singoli periodi di insegnamento. In realtà la durata di questi intervalli è troppo breve per poter offrire una conveniente riparazione, specialmente nell'ultimo periodo dell'insegnamento giornaliero. Fortunatamente esiste una valvola di sicurezza che impedisce la comparsa di gravi pericoli per la gioventù dovuti al sopra-affaticamento psichico, e questa è la *disattenzione*, che sopravviene quando la soverchia applicazione richiede necessariamente un periodo di riposo. Disgraziatamente non si ha tale valvola di sicurezza quando viene imposto allo studente non solo di star seduto e fermo, ma anche una vera attività di lavoro. Ciò avviene innanzi tutto per il lavoro da fare in casa, che deve essere compiuto dall'allievo, occupi esso un tempo breve o lungo, sia l'allievo stanco, esausto o riposato. Inoltre è notoriamente possibile di soggiogare il senso di stanchezza con impulsi vigorosi, portando così la tensione della forza dello studente ad un tal punto che altrimenti sarebbe impedito dal senso protettivo della stanchezza. È così infatti che i maestri buoni e bravi possono in alcuni casi recar nocumento ai discepoli, perchè sanno tener desta la loro attenzione anche quando,

per le troppe ore di insegnamento, la stanchezza ha sorpassato già da molto tempo la misura ammissibile.

Per tali ragioni, dal punto di vista psichiatrico, dovremo sperare in una modificazione dell'insegnamento in diverse direzioni. Innanzi tutto è da considerare che l'influenza della fatica importa una diminuzione progressiva della capacità al lavoro psichico e finalmente anche un abbassamento del valore pratico del lavoro. Perciò dobbiamo ammonire di non accumulare le ore di lavoro; molto meglio sarebbe distribuirle in due periodi principali durante il giorno, il primo periodo súbito dopo essersi svegliato, il secondo due ore dopo il pasto principale. Questi sono i due periodi della giornata nei quali la stancabilità è minore. Ognuno di simili periodi dovrebbe venir diviso con intervalli di diversa lunghezza in sotto-periodi, e in questi venire alternate ore di lavoro più difficile e più facile, in modo da render possibile ogni tanto una diminuzione della tensione psichica. Le materie più difficili dell'insegnamento dovranno trattarsi al principio, e i lavori da fare in casa debbono essere accuratameute adattati alla misura del tempo disponibile pel lavoro.

Poichè, come ci insegna l'osservazioue, quello che viene imparato meccanicamente scompare molto rapidamente dalla memoria, e inoltre viene elaborato in modo molto imperfetto, così l' esercizio di mandare a memoria dovrebbe essere bandito energicamente e assolutamente dal nostro metodo di insegnamento. Questa forma di lavoro non solo è completamente inutile, ma è nell'istesso tempo molto faticosa. Si potrebbe anche ritenere come non improbabile che un esagerato esercizio di mandare a memoria possa essere addirittura un impedimento ad una evoluzione psichica più elevata, sia perchè impiega molta energia e quindi diminuisce la recettività in altre direzioni, sia perchè si fissano nella nostra vita psichica troppo fortemente le immagini verbali motrici e le associazioni di idee puramente abituali.

Un sovraccarico speciale del cervello viene dato dagli esami eccessivamente difficili. In tali casi il soggetto deve tener pronta a memoria non solo una grande quantità di materia dei più diversi campi scientifici, ma a ciò va unita anche l'eccitazione emotiva riguardo ad un possibile insuccesso. Non è da meravigliarci, se ancora dopo molti anni, suole riapparire nel sogno lo spettro dell'esame finale. Simile prova negli anni dello sviluppo può significare certamente per alcuni soggetti un pericolo e può essere il punto di partenza per uno stato di nervosismo che si ripara difficilmente.

In ogni modo non si deve dimenticare il proverbio *mens sana in corpore sano.* Una nutrizione semplice, ma sufficiente, una distribuzione giusta di lavoro e di riposo, sonno sufficiente, allontanamento dai piaceri eccitanti specialmente di sera, infine evitare totalmente qualunque intossicamento nervoso, sopratutto l'alcool (1), sono i veri e sicuri mezzi educativi. Inoltre la cura e lo sviluppo della forza e della agilità fisica con esercizii corporei di ogni genere, moto all'aria libera, passeggiate, bagni, insegnamenti manuali, tutto ciò costituirà il migliore contrappeso ai pericoli che possono provenire dalla tensione esclusiva e troppo grande delle forze psichiche. È però da considerare che anche la stanchezza somatica diminuisce la capacità alle azioni psichiche, e quindi i faticosi esercizii corporei non debbono compiersi durante i veri insegnamenti scolastici, ma verso la fine.

Molti di questi desiderati sono in parte già raggiunti, oppure da intelligenti pedagogisti vi si aspira metodicamente. Ciò che è più importante, ma sfortunatamente sembra più difficile a raggiungere, è una sempre progressiva separazione dei diversi gruppi di studenti secondo le loro caratteristiche e specialmente secondo la loro stancabilità. Per mezzo di questa precauzione i pericoli di un soverchio affaticamento potrebbero diminuire essenzialmente. Se ci risolvessimo una buona volta a istituire estese ricerche su questo argomento, risulterebbe evidente l'importanza di una tale divisione. Con la istituzione di classi speciali per i deficienti si è fatto in molte città già un primo passo per la separazione dei giovanetti che possono venir danneggiati dall'ordinario sistema d'insegnamento e che nello stesso tempo lo intralciano.

La soluzione delle quistioni qui brevemente trattate può essere raggiunta solo con la cooperazione sistematica del maestro e del medico. La carica di Medici delle scuole (2), che presentemente si è già in qualche città istituita, sembra sia di grande importanza, anche per prevenire la pazzia. Innanzi tutto il Medico della scuola dovrà fin dall'inizio separare, o per lo meno raccomandare specialmente, tutti quei bambini che per il loro stato somatico e psichico non possono corrispondere alle esigenze della scuola; in tal modo vengono salvati dai pericoli che l'esecuzione del lavoro di scuola e la disciplina avrebbero per essi. Nello stesso tempo il Medico potrà curare in tempo le malattie somatiche che conducono facilmente al deperimento psichico, al-

---

(1) Kraepelin, *Alkohol und Jugend,* 1902.

(2) Weygandt, *Münchener Medizinische Wochenschrift,* 1900, 5.

l'esaurimento, o ad un aumento dell'eccitabilità, quali le malattie dell'orecchio, le proliferazioni del naso e della gola, la clorosi, l'anemia, i disturbi mestruali.

Una speciale attenzione si deve prestare prima della pubertà e durante questa, alla sorveglianza degli impulsi sessuali. Sebbene per i bambini normali gli scogli di tale periodo non siano troppo pericolosi, pure, con una predisposizione morbosa, la vita sessuale acquista spesso una grandissima importanza. Gli stimoli si risvegliano presto e per occasioni indifferenti, essi occupano vivacemente l'immaginazione e inducono facilmente ad una masturbazione appassionata ed ostinata, specialmente sotto l'influenza della seduzione. I collegi, nei quali facilmente si formano queste abitudini, offrono perciò un serio pericolo per i bambini sessualmente eccitabili. Molto frequentemente, per speciali avvenimenti sessuali della gioventù, viene posto nei fanciulli il germe di quei varî pervertimenti dell'impulso sessuale che sono stati da noi antecedentemente descritti. Spiegazioni razionali e a tempo opportuno, allontanamento da cattive relazioni e da libri osceni, educazione sistematica di attività fisica, sono i mezzi di cui disponiamo per combattere tutti questi pericoli.

Nel successivo periodo di vita, alla profilassi della pazzia tocca il doppio cómpito di proteggere da un lato il singolo individuo dai pericoli varii che lo minacciano secondo la sua speciale predisposizione, dall'altro lato di combattere quelle cause di indole generale che hanno una parte essenziale per l'origine delle malattie mentali. Per il primo fatto un Medico competente potrà senza dubbio influire molto favorevolmente, considerando sopratutto la caratteristica personale. Poichè sono molto disuguali la capacità al lavoro e la capacità di resistenza fra i varî individui, cómpito del Medico sarà, apprezzando accuratamente entrambe queste capacità, quello di sorvegliare possibilmente la *scelta della professione* e *l' intero genere di vita.* Specialmente in tutti quei casi nei quali esiste una predisposizione morbosa, debbono essere sconsigliate recisamente tutte le professioni che racchiudono pericoli di sovraffaticamento psichico emotivo o di una grande responsabilità. In questi casi sono adatte solo quelle occupazioni che permettono una vita tranquilla, uniforme, senza eccitazioni e senza lotte e da condursi possibilmente all'aria libera. Ugualmente si deve aver cura di tener lontane dalle dissolutezze le persone predisposte, e nell'istesso tempo procurar loro una ricreazione e una nutrizione sufficienti e un conveniente riposo. Naturalmente l'azione del Medico sarà molto varia nei singoli casi; la norma più sicura sarà data da una esatta conoscenza dei rapporti causali della pazzia.

La *profilassi generale* delle malattie mentali offre anche molti punti attaccabili, ma per lo più sono problemi molto vasti, che oltrepassano di molto il campo dell'attività medica. Tutte le misure che sono in grado di mitigare la potenza distruggitrice della lotta per la vita, di mitigare i bisogni, la miseria e le malattie, servono nell'istessa tempo ad impedire la pazzia. Una importanza medica speciale ha la lotta contro l'*alcoolismo* e la *sifilide,* lotta che dovrebbe esser proseguita dai medici con tutti i mezzi disponibili. L'indifferenza con la quale un gran numero di medici, che dovrebbero essere i protettori della sanità pubblica, considera i problemi suddetti, ha una grandissima parte di colpa nel far accadere quelle disgrazie che tutti gli anni il nostro popolo subisce dall'alcoolismo e dalla paralisi progressiva. Se potessimo espellere dal mondo l'alcoolismo e la sifilide, il numero dei malati di mente sarebbe ridotto per lo meno di un quarto, e nelle grandi città della metà e anche più. Disgraziatamente noi medici però, a parte anche i peccati di omissione, contribuiamo anche indirettamente all'aumento della follia. La spaventosa estensione del morfinismo, del cocainismo e di altre simili intossicazioni, che si sono presentate negli ultimi decenni, è dovuta quasi esclusivamente ai medici. Noi abbiamo intessuto questi flagelli all'umanità, e anche attualmente, giorno per giorno, li diamo in sua mano; abbiamo quindi anche il santo obbligo di far tutto ciò che possiamo per evitare quei pericoli che noi abbiamo attirati!

Un altro cómpito, alla soluzione del quale dobbiamo in prima linea contribuire noi medici, è l'istituzione e il perfezionamento di una organizzazione rapida e razionale del *trattamento della pazzia,* il quale non solo può limitare fino ad un certo grado la trasmissione della degenerazione psichica nei discendenti, ma può impedire, con opportuno intervento, lo sviluppo di gravi forme morbose. In quest'ultimo secolo si sono compiuti in questo senso progressi eccezionali, ma ancora rimane moltissimo e anche troppo da fare per soddisfare, almeno in certo modo, il bisogno aumentante in modo spaventoso. Una diffusione di giuste idee sopra i malati di mente e sui Manicomii (1), un ragionevole aiuto nelle prime cure nei casi di malattia, un precoce riconoscimento dei pericoli, una cooperazione nella partecipazione di forze adatte per la cura dei nostri infermi, tutti questi sono i modi in cui può esplicare una influenza benefica per prevenire e vincere la pazzia anche quel medico che pure non ha per sua specialità la cura dei malati di mente (2).

(1) Fürsten, *Wie ist die Fursorge für Gemutskranke von Arzten und Laien zu fördern?* 1899,

(2) Fuchs, *Der Hausarzt als Psychiater*, Volkmanns *Vorträge, Innere Medizin,* 74,

Speciali precauzioni profilattiche occorrono per quegli individui che vanno soggetti ad ammalarsi psichicamente e per quelli che già furono malati. Per i primi si dovrebbero creare, indipendentemente dai veri e proprii Manicomii, delle Case di cura, nelle quali i soggetti potessero trovare consigli competenti e adatto trattamento. A tale scopo si nota un risveglio fecondo per la istituzione di Sanatori *per malati nervosi*. Poichè in questi non viene affatto limitata la libertà, non si è costretti a combattere pregiudizii, che permangono invece quando si tratta di far entrare un infermo in un Manicomio. È quindi da attendere che la nuova istituzione servirà essenzialmente a recare aiuto in tempo alle forme più lievi di malattie mentali, e ad impedire così lo sviluppo di disturbi più gravi. Per proteggere da ricadute i soggetti dimessi dai manicomi sono molto utili *le Istituzioni di patronato (Hilfsverein)* per gli alienati, le quali mantengono un continuo contatto con questi, li soccorrono col consiglio e con l'opera, e facilitano in tal modo, per quanto è possibile, il ritorno alle normali condizioni di vita. È evidente che un tale intervento può proteggere sensibilmente dalle ricadute gli infermi che ancora sono incapaci di resistenza e che sono bisognosi di aiuto.

Per il grande significato che ha ciascun disturbo mentale non solo per l'infermo stesso, ma per tutti i suoi parenti, per i cittadini, per i discendenti, la profilassi della pazzia diviene di *dominio pubblico*. Lo Stato (1) ha lo strettissimo obbligo di intraprendere, con tutti i mezzi che sono in suo potere, la lotta contro le malattie mentali. Esso solo è in grado di iniziare con successo simile lotta. Oltre alla costruzione e alla istituzione di Manicomii, lo Stato deve occuparsi specialmente della formazione di *Medici alienisti* capaci e consci della loro missione, inoltre deve soddisfare le *richieste della scienza psichiatrica*, ciò che costituisce un fatto essenziale; e infine estendere le conoscenze psichiatriche ai Medici addetti agli Istituti non che ai Medici pratici, con *insegnamenti clinici* e con corsi di perfezionamento. Molto è già stato raggiunto a tale riguardo, ma molto resta ancora a chiedere e a sperare per l'avvenire.

B. *Cura somatica*

Trattamento medicamentoso. — Tra i medicamenti sono specialmente le sostanze *narcotiche* che, per la loro azione sedativa, hanno un posto importante nella cura dei disturbi mentali. Fin dai tempi più antichi è stato usato *l'oppio*. Esso ha una azione paralizzante sopra determinate funzioni del nostro cervello, specialmente sembra, dimi-

(1) KRAEPELIN, *Die psychiatrischen Aufgaben des Staates*. 1900.

nuendo l'afflusso del sangue ad esso. Una sicura conoscenza della sua influenza sopra le diverse manifestazioni psichiche fino ad ora manca. Come insegna l'esperienza, sono gli stati di eccitamento, sopratutto quelli d'ansia o quelli che sono dovuti o sono mantenuti da eccitazioni dolorose (nevralgie, sensazioni morbose, ansia precordiale), che sono più accessibili alla sua influenza; in simili casi con dosi non troppo piccole si procura la tranquillità e indirettamente il sonno. L'oppio non è adatto nelle gravi stasi cerebrali (febbre alta continua), negli stati di grande debolezza fisica, e specialmente nella debolezza cardiaca. Quali effetti sgradevoli dell'oppio sono da ricordare i disturbi digestivi (mancanza di appetito, ostinata coprostasi). Per lo più i malati di mente sopportano molto bene l'oppio; esistono però indubbiamente casi nei quali, con dosi molto elevate di oppio, gli stati di eccitazione ansiosa peggiorano; quindi è in ogni modo da consigliare grande prudenza. Il modo più usuale sotto il quale viene prescritto è la *tintura opii simplex* con sistematico uso di 10-20 gocce in dose crescente (0,05-0,1 di estratto) 2 o 3 volte al giorno, fino alla dose doppia o anche tripla se la desiderata tranquillità non è già sopravvenuta; in seguito si diminuisce gradualmente la dose. (Si può usare ipodermicamente una soluzione di *extr. opii aquos.* 1:20, da prepararsi a fialette per evitare gli ascessi).

Per la maggiore uniformità della azione, per la misura più sicura e più comoda ad adoperarsi, (uso ipodermico) è stata usata spesso in questi ultimi tempi invece dell'oppio la *morfina,* che però ha in complesso gli stessi vantaggi e gli stessi difetti dell'oppio. Secondo gli esperimenti fino ad ora compiuti, la morfina a medie dosi produce essenzialmente una diminuzione della sensibilità centrale al dolore e inoltre una paralisi volitiva, accanto a contemporanea facilità del decorso rappresentativo. La morfina non è un ipnotico, sibbene un calmante; con l'uso abituale di essa si reintegra transitoriamente la perduta freschezza psichica e la incapacità al lavoro.

Il trattamento con la morfina è stato usato ugualmente per una cura sistematica, che sembra a volte dia buoni risultati, negli stati di melanconia cronica, e specialmente negli stati ansiosi uniti a parestesie e dolori. La nostra aspirazione deve però assolutamente essere quella di *limitare* per quanto è possibile l'uso della morfina. Facendo astrazione dal pericolo che in alcuni malati, specialmente nelle donne, anche una piccolissima dose di morfina (0,01 e anche meno) produce fenomeni molto sgradevoli (vomito, eccitamento, sincopi, ritenzione urinaria), e che con una quantità maggiore, anche dopo diverse ore,

possano inaspettamente sopravvenire gravi fenomeni tossici e talora anche mortali, dobbiamo ricordare sopratutto il grave pericolo del morfinismo cronico, del quale ci occuperemo più dettagliatamente in seguito.

Medicamenti molto simili alla morfina, quali la *dionina,* la *codeina* e la *peronina* (1), sono stati raccomandati nelle malattie mentali. Si dice che queste sostanze abbiano una azione molto simile, ma più leggera della morfina, e che, anche con uso prolungato non producano, come quella, fenomeni generali gravi. Per altro si tratta di rimedi sostitutivi della morfina, di minor valore di questa e che non abbiamo alcun motivo di adoperare.

Al contrario noi possiamo ricordare quale rimedio di grande valore, indicato e adoperato per il primo da Gnauck (2) nella cura dei malati di mente, la *joscina* (Ladenburg). Questo alcaloide, unito al cloro. al bromo o allo iodio, in dose sottocutanea di 0,0005-0,001 gr., produce con grandissima sicurezza un profondo sonno, che sopravviene dopo 10 o 15 minuti. Nell'uso interno, che può farsi comodamente perchè il preparato è completamente insaporo, la dose può essere raddoppiata, e pare che in tal modo le manifestazioni accessorie siano più lievi che con l'iniezione sottocutanea.

L'*avvelenamento per joscina* si annuncia con pesantezza di testa, aridità della gola, difficoltà di parola, incertezza nella deambulazione e una forte midriasi, che dura parecchi giorni e anche settimane. A dosi maggiori sembra che sopravvengano malessere, irregolarità del polso, impedimento della respirazione, allucinazioni visive, e anche delirii e stati di collasso; però in simili casi sembra che abbiano avuto occasionalmente una certa parte anche preparati impuri. Io stesso non ho potuto osservare mai manifestazioni minacciose, benchè, per condizioni sfavorevoli esterne, abbia dovuto adoperare spessissimo per una lunga serie di anni tale rimedio. Solo al risveglio il soggetto risente generalmente un senso di spossatezza e un leggero peso al capo, fatti che generalmente passano presto. La joscina quindi è un medicamento che agisce molto energicamente e che, ovunque esista l'assoluta necessità di procurare ra-

(1) Fischer, *Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1888, 19; Winternitz, *Monatsschr. f. Psych.*, VII, 38, 1900; Meltzer, *Therap. Monatsschr.* 1898 Juni; Ransohoff, *Psychiatr. Wochenschr.* 1899, 20.

(2) Gnauck, *Charité-Annalen*, VII; Sohrt, *Pharmakotherapeutische Studien über das Hyoscin. Diss.* 1886; Korand, *Centralbl. f. Psych.*, 1888. 18; Klinke, *ebenda*, 1898, 7; Dornblüth, *Thèrap. Monatshefte*, 1889, 8, 361; Serger, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, XLVII, 308; Bumke, *Monatsschr. f. Psychiatric, Januar* 1903.

pidamente tranquillità e sonno, produce sicuramente il suo effetto senza danni considerevoli. È usata principalmente nei gravi stati di eccitamento furioso o delirante della frenosi maniaco-depressiva, della paralisi progressiva, della epilessia, della catatonia e, in alcune circostanze, anche del *delirium tremens* o del delirio da collasso. Contro l'ansia la joscina non agisce; in simili casi invece l'unione di piccole dosi di joscina e morfina sembra dia, a volte, buoni risultati. Con lungo uso si produce gradualmente una certa abitudine, che costringe ad un lento aumento della dose. A me non sono apparsi mai disturbi speciali, quali la mancanza di appetito, l'abbassamento della nutrizione e simili; ugualmente la cessazione del rimedio non presenta fenomeni di privazione. Però siccome non si raggiunge una tranquillità permanente, ma invece, dopo scomparsa la spossatezza, l'agitazione suole ritornare, la joscina dovrebbe essere usata, per la sua potente azione, solo in occasioni speciali. Inoltre sarà opportuno non usare tale rimedio, o almeno usarlo con grande precauzione, negli infermi molto deperiti, e quando esistano disturbi di circolo.

Come surrogato della joscina è stato spesso raccomandato il *solfato di duboisina* (1) come meno pericoloso. Si usa ipodermicamente alla dose di 0,5-2 milligrammi; sembra che abbia una azione abbastanza sicura, ma secondo recenti esperienze non pare sia interamente innocuo. Fino ad ora non risulta che abbia un essenziale vantaggio sopra la joscina già da lungo tempo sperimentata.

Sopra l' *haschisch* si conoscono solo alcune osservazioni sicure, fatto che ha la sua ragione principale nella incertezza e nella differenza dei preparati messi in commercio. Dei derivati dell'haschisch il *cannabinone* (2) ha avuto finora l'uso pratico maggiore. Sfortunatamente il preparato commerciale non è affatto puro. Si adopera come ipnotico alla dose di 0,1 fino a 0,2 gr., sotto forma di pillole o in mezzo a polvere di caffè. Siccome l'azione ipnotica, che interviene dopo 2 o 3 ore, non è molto sicura e spesso è accompagnata da manifestazioni accessorie sgradevoli, tale rimedio è ora poco usato. Anche la *pellotina* (0,02-0,4 gr.), un alcaloide che si estrae da alcune specie di cactus e che produce il sonno, ma anche vertigini, non sembra possegga considerevoli vantaggi.

---

(1) Ostermeyer, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie,* XLVII, 278; Preininger, *ebenda,* XLVIII, 134; Belmondo, *Rivista sperementale di freniatria,* 1892 Skeen, *Journal of mental science,* 1897, *July,*

(2) Richter, *Neurolog. Centralblatt,* III, 21; IV, 1.

Un secondo gruppo di medicamenti che hanno una importanza eccezionale nella cura della pazzia è quello dei veri *ipnotici* (1). Da più di due décenni LIEBREICH raccomandò il *cloralio idrato* (2), che, a dose di 2-3 gr., per lo più senza altre conseguenze dolorose che una certa pesantezza del capo, produce con grande costanza un sonno tranquillo e di lunga durata. Poichè, come tutti gli altri ipnotici, diminuisce ben poco i dolori, viene unito o volte con la morfina. Per la sua qualità irritante e per il suo sgradevole sapore il cloralio idrato è usato per clistere in soluzioni molto diluite mucillaginose, oppure internamente con aggiunta di acqua di menta piperita, di sciroppo di liquirizia o di corteccia di arancio. Il rimedio viene adoperato nelle forme più diverse di pazzia, quando esiste grave insonnia. Sfortunatamente per l'uso prolungato si ha una certa insensibilità al rimedio, la quale induce a prescrivere dosi più elevate. Ma in ciò bisogna usare molta prudenza, perchè l'uso prolungato del cloralio idrato porta con sè disturbi digestivi e paralisi vascolari. Il sintoma più frequente dell'intossicamento cronico cloralico è il cosidetto « *rasch* », cioè quello stato di passeggero rossore e calore unito a forti pulsazioni specialmente alla testa e al collo, che si manifesta sopratutto bevendo alcool o liquidi caldi. Inoltre sono state osservate, conseguentemente all'uso del cloralio, eruzioni cutanee, tendenza all'edema e ai decubiti e finalmente una durevole ottusità, tutti fatti che spariscono lentamente con la soppressione del rimedio. Molto *pericoloso,* e quindi da evitare completamente, è l'uso del cloralio idrato nelle malattie cardiache e vascolari (cuore grasso, miocardite, vizi valvolari, ateroma, ecc.); anche dopo 5 gr. si sono osservati casi di morte repentina.

Un surrogato eccellente del cloralio idrato proposto da CERVELLO e MORSELLI è la *paraldeide* (3), che sostituisce perfettamente bene il cloralio senza presentare alcun inconveniente. La paraldeide si usa a dosi medie di 5 gr., che si possono senza scrupoli aumentare fino al doppio e al triplo, e produce di regola dopo 10-12 minuti dall'ingestione

---

(1) WÜRSCHMIDT, *Uber einige Hypnotica, deren Anwendung und Wirkungen bei Geisteskranken.* 1888; v. KRAFFT-EBING, *Wiener Klinische Wochenschrift.* 1890, 2 u. 3.

(2) SCHÜLE, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXVIII,* 1; *Archiv. für Psychiatrie, V,* 271; ARNDT, *ebenda, III,* 673.

(3) MORSELLI, *Gazzetta degli ospedali.* 1883, 4, 5, 6; *Referat im Neurolog. centralblatt, II,* 9; GUGL. *Zeitschr. f. Therapie.* 1883, v. KRAFFT-EBING, *ebenda* 1887, 7; RAIMANN, *Wiener Klin. Rundschau.* 1899, 19-21; BUMKE, *Monaetsshr. f. Psich., XII,* 489, 1902.

un sonno profondo e tranquillo che somiglia completamente al sonno naturale. Il rilasciamento interviene con intensità quasi irresistibile, però passa rapidamente quando sono presenti disturbi esterni, dolori ecc., sicchè può dirsi che essenzialmente l' addormentarsi, meno assai il sonno consecutivo, stia sotto l'influenza del rimedio. Molto raramente si hanno spiacevoli conseguenze, quali la pesantezza al capo; possono escludersi veri pericoli, perchè furono somministrati 50 e anche 105 gr. di paraldeide senza dannose conseguenze. Ma se la paraldeide può essere ritenuta un buon ipnotico, ha per contro il difetto grave di avere un sapore e un odore molto disgustoso che riesce quasi impossibile mascherare, e che a causa della eliminazione dei polmoni permane anche 12-24 ore dopo l'ingestione del preparato. La formula relativamente più gradevole è la mescolanza con vino e con una tintura aromatica, sciroppo e acqua. Del resto in certi rari casi viene rifiutata dallo stomaco, sia pure in qualunque forma prescritta; si potrà provare allora a somministrarla per clistere in emulsione oleosa o per suppositorii (al 20 % di paraffina). Con uso prolungato può venire a mancare l'appetito.

Nell'ultimo decennio sono comparsi, l'uno di seguito all'altro, ipnotici più o meno raccomandabili. L'*idrato di amilene* (1) 2-5 gr., usato per il primo da Mering, disturba lo stomaco meno che la paraldeide, non ha cattivo odore, mentre, secondo la mia esperienza, il suo sapore incontra per lo meno la stessa ripugnanza negli infermi. L'effetto è meno rapido e meno sicuro.

Fusch ha messo in commercio sotto il nome di « Dormiol » (2) una combinazione di idrato di amilene e di cloralio idrato. Il preparato, di cui il sapore è quasi simile all'idrato di amilene, viene somministrato in una soluzione acquosa al 10 % o in capsule o per clisteri nella proporzione da 0,5-2-3 gr. L'azione si ha in generale dopo 1/2 ora, 1 ora, e sembra che sia soddisfacente. Fino ad ora non si conoscono svantaggi speciali dovuti al preparato.

Migliore accoglienza ha avuto il *Sulfonal* (3), introdotto in terapia da Kast. Il preparato è inodoro, quasi insaporo e ha azione nociva sulla

(1) Lehmann, *Neurolog. Centralblatt.* 1887, 20; Schlöss, *Jahrb. f. Psychiatrie.* 1888, 1, 2; Avellis, *Deutsche Medizin. Wochenschr.* 1888, 1.

(2) Wederhake, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, *LVIII*, 778; Schultze, *Neurolog. Centralblatt.* 1900, 249; Meltzer, *Psychiatr. Wochenschr.* 1902, 50.

(3) Kast, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1888, 16; *Therapeutische Monatshefte*, 1888, *Juli;* Cramer, *Münchener Mediz. Wochenschr.* 1888, 24; *Therapeutische Monatshefte*, 1888, 8; *ebenda* 1888, 24 Otto, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, *XLV*, 4; Vorster, *ebenda*, *XLII*, 1; Schedtler, *ebenda*, *XL*, 3 u. 4.

digestione solo se usato per lungo tempo. Però per la sua difficile solubilità viene assorbito in modo relativamente lento e quindi ha un'azione prolungata, sicchè non è raro riscontrare il giorno successivo stanchezza e debolezza alle gambe. Questa azione prolungata, che a volte produce il sonno anche nella notte successiva, può talora essere desiderata negli infermi che sono permanentemente agitati e che si desidera abituare al riposo a letto. Con elevate e continuate somministrazioni, dopo che all'inizio si è avuto un effetto minimo, sopravviene a volte ad un tratto una sonnolenza che dura per giorni; probabilmente ciò è dovuto al rapido sciogliersi di quantità del preparato accumulatesi; si conoscono anche casi di morte in seguito ad una somministrazione del preparato, come anche dopo un uso continuo. Si hanno in tali casi emorragie dello stomaco e dell'intestino, degenerazione grassa del cuore, del fegato e dei reni, e specialmente una grave decomposizione cronica del sangue. I sintomi più importanti della intossicazione sono: forte sonnolenza, incertezza nei movimenti, pallore, nausea, vomito, diarrea e urine colorate in rosso dalla ematoporfirina (1). Quindi è da sconsigliare vivamente, specialmente quando esiste costipazione, l'uso del sulfonal in dosi superiori ai 2 gr. e per lungo tempo. Si somministra nel modo migliore 1-2 ore prima di andare a letto, in una certa quantità di liquido caldo (thè, brodo).

Il *Trional* (2) ha sopra il sulfonal il vantaggio di essere un po' più facilmente solubile. Agisce perciò rapidamente e non ha azione postuma così intensa come il sulfonal; però a fini esami la sua influenza si può constatare distintamente anche la sera successiva. L'azione psichica del trional consiste esenzialmente in una considerevole difficoltà della percezione e in un disturbo degli impulsi motori, mentre i legami ideativi e la forza muscolare non vengono influenzati. Forse nella suddetta associazione di azione riscontriamo una caratteristica comune in generale a tutti gli ipnotici; alcune osservazioni sulla azione dei rimedi meglio studiati stanno ad indicare ciò, come anche il fatto che il migliore ipnotico, la stanchezza stessa, rende più difficile la percezione, come pure la determinazione agli impulsi motori. Il trional

---

(1) Schulz, *Neurolog. Centralblatt.* 1896, 866; Stokvis, *Zeitschr. f. klinische Medizin, XXXIII,* 1; Hoppe-Seyler, *u.* Ritter, *Münchener Medizin Wochenschr. XLIV,* 14; Fränkel, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LIX,* 953.

(2) Schäfer, *Berl. Klin. Wochenschr.* 1892, 29; Schultze, *Therapeutische Monatshefte,* 1891, *Oktober*; Hänel, *Psychologische Arbeiten, II,* 326; v. Mering, *Therap. Monatshefte,* 1896, *August;* Kornfeld, *Wiener Medizinische Blatter.* 1898, 1.

diminuisce la pressione sanguigna. L'azione del preparato è inoltre sicura a dose di 1-2 gr. (sciolto in latte caldo o in vino rosso riscaldato). Le manifestazioni successive sgradevoli sono relativamente minime, però sembra che si abbiano non solo disturbi dello stomaco e dell'intestino, ma in casi isolati anche intossicazioni più serie (3), sopra i sintomi delle quali (atassia, tremore, mancanza di memoria, depressione, irritabilità, decomposizione sanguigna) si conosce ancora ben poco.

Solo brevemente parleremo di tutta una serie di altri ipnotici, che sono in complesso poco riusciti, i quali sono stati sperimentati troppo poco o sostituiti da altri più efficaci. Ad essi appartiene l'*uretano* (3-5 gr. in acqua di menta piperita), l'*edonal* (1) passabilmente utile (1-4 gr nell'ostia, latte caldo e cognac) e il *veronal* (2) (0,5-1,0 gr.), l'*ipnone* mal sicuro e irritante (5-10 gocce con spermaceti in capsule di gelatina), l'*uralio* (2-3 gr.), il *tetronal,* il *somnal* (4-6 gr.), l'*isopral* (0,5 gr.), il *cloralosio* (0,5-1 gr.) ed infine il *metilal* che, sebbene possegga il vantaggio di potersi adoperare ipodermicamente, non ha ottenuto ancora una estensione vasta nel trattamento dell'insonnia.

Al contrario dobbiamo ricordare infine l'*alcool,* ipnotico molto mite, adoperato spessissimo nello stato normale e negli stati patologici. In dosi non troppo piccole, ma naturalmente molto diverse nei singoli individui (circa 40-60 gr.), l'alcool dà non raramente risultati soddisfacenti in quei casi nei quali l'insonnia è dovuta ad aumentata eccitabilità e a sovraffaticamento del cervello. Anche negli stati di tensione interna e di depressione gli effetti agevolanti e tranquillizzanti dell'alcool sono adatti per procurare il sonno. Quindi nella insonnia isterica, neurastenica e a volte anche nella insonnia senile si dovrà innanzi tutto sperimentare tale rimedio; però si deve sempre tener d'occhio il pericolo di una permanente abitudine. Si può, a seconda delle tendenze dell'infermo, scegliere per somministrare l'acool la forma di birra, grog o punch. L'alcool rende a volte eccellenti servigi negli stati di eccitamento con confusione uniti a sitofobia, grave irrequietezza e polso debole. In tali casi sono necessarie soluzioni più forti; se vi è bisogno si unisce come complemento alla nutrizione artificiale.

Gli stati di agitazione molto violenti che resistono ad ogni altro rimedio e che, per una causa qualunque (ferite, necessità di operazioni

---

(3) GLIERLICH, *Neurol. Centralblatt.* 1896, 770; VOGEL, *Berliner Klin. Wochenschr.,* 1899, 40; FISCHER, *Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel.* 1901.

(1) MÜLLER, *Münchener Med. Wochenschrift.* 1901, 10.

(2) WÜRTH, *Psychiatr. Wochenschr.* 1903, 10(?).

e simili), hanno bisogno di rapida tranquillità possono consigliare a volte l'uso del *cloroformio*. Non si deve però adoperare questo rimedio nei soggetti deboli, nervosi, isterici, alcoolisti, perchè lo scopo di tranquillizzarli non suole venire raggiunto e la narcosi è non raramente pericolosa. Meno pericoloso, ma anche meno attivo, è l'*etere*. Un uso sistematico di questo rimedio negli infermi agitati è inutile, perchè la ottenuta tranquillità sorpassa appena la vera narcosi. Anche la inalazione del *brometile* (5–10 gr. al giorno), raccomandato da Berger per combattere gli stati di agitazione, non ha trovato una grande estensione per l'incerto risultato e per il cattivissimo odore di bromo.

Un ultimo gruppo di medicamenti che agiscono direttamente sul cervello è dato dai *sali di bromo* (bromuro di potassio, di sodio, di ammonio, di rubidio, di stronzio). Il loro vero modo di azione è ancora molto oscuro. Ripetuti esperimenti (1) eseguiti presso di noi hanno dimostrato che è in ogni modo molto distintamente limitata l'influenza del bromo sui processi psichici. Contrariamente a ciò che io mi aspettava, sembra che non vengano affatto influenzati il decorso ideativo e la determinazione alle azioni volitive, come pure il lavoro muscolare. Al contrario la capacità mnemonica si mostra decisamente abbassata. Sopratutto però furono mitigati o scomparvero gli stati di tensione interna che nell'esperimento furono intenzionalmente procurati. In tale fatto sembra appunto si manifesti la principale azione psichica del bromo, che del resto deve essere spiegata ancora più intimamente. A questo risultato corrisponde in generale anche l'osservazione che i sali di bromo rendono specialmente importantissimi servigi nella *epilessia* e nella *nevrastenia*. Vero è che nella epilessia, nella maggioranza dei casi, i sali di bromo agiscono solo finchè dura il loro uso diminuendo di numero e di intensità gli attacchi; con la soppressione del rimedio la malattia suole manifestarsi di nuovo colla antecedente violenza, a volte anche più violentemente. Il risultato viene spesso raggiunto con la sicurezza di un esperimento scientifico; relativamente di rado la malattia rimane completamente senza essere influenzata. Oltre a ciò si danno però, come ho io stesso provato, anche casi isolati nei quali si ha decisamente un pericoloso peggioramento e anche un accumulo degli attacchi; è appunto per tali ragioni che la somministrazione del preparato non dovrebbe praticarsi senza una permanente sorveglianza medica. L'invio inconsulto in grandi quantità di tale preparato, come avviene nell'Asilo di Bielefeld, è in ogni modo pericolosissimo.

(1) Löwald, *Psychologische Arbeiten, I,* 489.

Un uso molto esteso dei sali di bromo si fa anche nella semplice *nevrastenia* e nella *insonnia « nervosa »* che l'accompagna così spesso; il togliere la tensione interna basta spesso in tali casi per avere una tranquillità permanente e una riparazione. I sali singoli o il composto dei tre sali primi detti, a parti uguali (formula di ERLENMEYER), si somministrano quale ipnotico in dose completa per una sola volta (3-6 gr.), oppure a dosi sistematicamente crescenti e decrescenti di 2-6 gr. al giorno (sotto forma di polvere, in ostia o in soluzione). Una formula molto comoda per nascondere il sapore molto salato del preparato è quella dell'*acqua bromocarbonica*, che usualmente contiene 10 gr. di bromuro per bottiglia. Nei casi nei quali gli attacchi sogliono comparire ad epoche determinate *(menses)*, si somministreranno opportunatamente le dosi più alte appunto in questo periodo, diminuendo, e possibilmente omettendo l'uso nei periodi intervallari (uso intermittente). Dosi maggiori di bromuro, specialmente se usate a lungo ininterrottamente, possono produrre gravi manifestazioni cerebrali (diminuzione della memoria, incertezza dei movimenti, ottundimento). La comparsa dell'acne e di foruncoli, come anche il grave *foetor ex ore* sono i segni per dover interrompere la somministrazione; altrimenti si manifestano gravi disturbi digestivi, dimagramento progressivo, bronchite e, adagio adagio, tutti gli altri sintomi del bromismo. FÉRÉ ha però riferito il caso di malati che da lunghi anni ingeriscono non meno di 16-21 gr. di bromo al giorno; dicesi che in tal modo si siano potuti avere speciali effetti curativi. Io certamente non mi assumerei la responsabilità di tale procedimento; piuttosto opino che anche l'uso di dosi medie o piccole non dovrebbe essere continuato più lungamente di alcuni mesi senza interruzione.

Recentemente invece dei comuni sali di bromo è stata raccomandata la bromatilformina (« bromalina ») e il bromosesamol (« bromipina »), che si dice non producano foruncoli, nè rechino danni agli organi digerenti. Si usano in dose doppia, per la bromalina, e tripla, per la bromipina, degli altri sali bromici. La bromipina, che si può usare anche per clistere e in alcuni casi anche ipodermicamente, sembra che abbia azione migliore della bromalina.

Come sopprimono gli attacchi convulsivi, così i sali di bromo possono anche sopprimere gli stati di agitazione che si manifestano periodicamente, specialmente quando sono in relazione con i *menses* e sono di breve durata (1-2 settimane). Non si ha sempre successo, in alcuni casi però è un rimedio molto sicuro. In questi casi la somministrazione a tempo nei primi sintomi dell'iniziantesi attacco ha una impor-

tanza speciale, come pure l'uso di forti dosi. Si somministra alla dose di 12-15 gr. pro die per parecchi giorni di seguito, diminuendo poi lentamente; naturalmente si deve sorvegliare l'infermo per il pericolo di un improvviso collasso e di affezioni bronchitiche.

L'importanza della circolazione sanguigna per l'origine dei disturbi mentali ha fatto sì che si siano usati nel trattamento della pazzia alcuni medicamenti che agiscono principalmente sul cuore e sui vasi. Così per la sua azione accentuata nel territorio vascolare del capo si è adoperato il *nitrito di amile* in quei casi nei quali si supponeva un crampo vascolare. Sfortunatamente il rimedio non ha giustificato l'aspettativa, perchè anche nei casi più favorevoli gli effetti passano molto rapidamente. La *digitale* invece, unita all'oppio o alla morfina, agisce non raramente tranquillizzando, in quei casi nei quali gli stati di agitazione sono accompagnati da polso irregolare e frequente e da debolezza cardiaca (vizii valvolari, pericardite cronica, ecc). Ancora di maggiore importanza sarebbero i rimedi che migliorassero la qualità del sangue; fino ad oggi non conosciamo di simili rimedi che la *tireoidina*, che tanto rapidamente si è procurata grande fama per la sua miracolosa influenza nel mixoedema e nel cretinismo. In altri disturbi psichici i successi di questo rimedio non innocuo sono finora dubbi. Io, per lo meno, malgrado esperimenti molto estesi, non ho constatato risultati incoraggianti (1); al massimo si è osservato un rimpicciolimento di alcuni gozzi. Gli stati psichici non vengono decisamente influenzati, forse a volte un po' peggiorati (eccitamenti), ma in simili casi non si può escludere che si tratti di un fatto casuale.

Fino ad ora non si conoscono nel campo dei disturbi psichici utilizzabili osservazioni sul trattamento con altri succhi organici; si son fatti esperimenti somministrando alle donne ovaie di vacche e estratto di capsule surrenali. A tale punto debbono essere ricordati brevemente gli sforzi di Wagner (2) per poter ottenere il miglioramento o la guarigione dei disturbi mentali con febbri artificialmente procurate. Gli esperimenti sono in rapporto con l'osservazione, che talora una psicosi viene influenzata molto favorevolmente da malattie febbrili casuali, specialmente dalla eresipela. Per imitare sistematicamente tali occasionali osservazioni furono iniettate, in una serie di infermi, tossine che producono febbre, specialmente la tubercolina. Sembra che i casi sui quali si è esperimentato fossero di amenza e i risultati sembrarono

(1) Amaldi, *Rivista sperim. di ferniatria, XXIII,* 311.
(2) Boeck, *Jahrbücher für Psychiatrie, XIV,* 1 und 2.

sufficientemente incoraggianti. Vero è che tutti gli esperimenti di tal genere avranno poca forza convincente finchè avremo come oggi, dati così poco sicuri intorno alla concezione delle psicosi così curate, e specialmente intorno al loro probabile decorso ulteriore. Ugualmente deve dirsi per i tentativi più recenti di BINSWANGER e del suo allievo FRIEDLÄNDER per la cura delle « psicosi da esaurimento » con veleni batterici (con sterilizzate colture in brodo di *bacterium coli* e di bacilli del tifo); e altrettanto per la proposta di ALBERTOTTI, di produrre ascessi e quindi febbre con iniezioni di olio di trementina, per influire favorevolmente sui disturbi psichici. Ciò ricorda i *rimedi derivativi* (vescicatori, unguento di tartaro stibiato, drastici), tanto usati un tempo e che ora sono quasi completamente fuori uso. Se è vero che nella paralisi progressiva gravi suppurazioni di lunga durata possono indurre sorprendenti miglioramenti, simili mezzi potranno forse ancora risuscitare.

INTERVENTI OPERATIVI. — Il campo chirurgico (1), se non si tratti di casuali disturbi concomitanti non è, per ragioni facili a comprendersi, molto vasto nei disturbi mentali. Tuttavia si potranno riscontrare casi nei quali la causa della pazzia è forse accessibile all'intervento chirurgico. Ciò avviene sopratutto nei disturbi mentali dovuti a lesioni del cranio, a tumori e ascessi cerebrali, quando essi siano accessibili. Invece la puntura lombare (2) ha più valore diagnostico che curativo. È risultata completamente errata la craniectomia negli idioti. Se l'estirpazione del simpatico cervicale nell'epilessia dia un risultato molto migliore rimane ancora a vedere. Piuttosto si possono avere speranze di guarigione dell' epilessia eliminando avvallamenti e cicatrici del cranio; sfortunatamente il successo è quasi sempre transitorio.

Una grande importanza si è spesso dato alla cura chirurgica delle malattie degli organi sessuali femminili. Così sono state curate in grande numero da HOBBS malattie ovariche e uterine, vizii di posizione dell'utero, tumori, antiche lacerazioni del perineo in donne malate di mente. I suoi successi sembrano sorprendenti; le guarigioni nelle donne aumentano del 15°|₀. Sfortunatamente i risultati non sembrano in altri casi così favorevoli. Dopo operazioni ginecologiche, benchè si veda quà e là un miglioramento, non si vede in generale alcun essenziale mutamento; a volte si ha anche un peggioramento dello stato psichico. Io consiglio quindi di limitare tali interventi solo a quei casi nei quali

(1) PICQUÉ et DAGONET, *Chirurgie des aliénés, I,* 1901.
(2) DEVAUX, *Centralbl. f. Psychiatrie, XXVII,* 384, 1093.

è richiesto dallo stato somatico, senza nutrire molte speranze da tali interventi per una favorevole influenza sulla pazzia. A tale riguardo sono specialmente istruttive le esperienze sulla guarigione dell'isteria con l'asportazione delle ovaie, con la cauterizzazione della clitoride, ecc. Quante ovaie sono state sacrificate alla seducente speranza di guarire tutto ad un tratto, mentre l'esito fu ben altro, perchè la cura non corrispondeva affatto all'essenza della malattia!

La manifestazione di disturbi mentali durante la gravidanza, doveva far pensare a procurare la guarigione intervenendo con l'abbreviare o con l'interrompere la gravidanza stessa. Però l'esperienza insegna che il parto stesso, di regola, non esercita una influenza favorevole sul decorso della pazzia. Corrispondentemente anch'io, dopo l'aborto prematuro artificialmente procurato, ciò che mi è accaduto qualche volta, non ho mai potuto constatare guarigione; al contrario il disturbo perdurava completamente immutato o anzi in forma più grave. Se oltre a ciò consideriamo che abbastanza spesso le malattie mentali si iniziano appunto nel puerperio o dopo un aborto, ci potremo risolvere difficilmente a raccomandare di intervenire sulla gravidanza durante la pazzia, tanto più che spesso i disturbi che si manifestano al principio del concepimento, scompaiono da sè stessi dopo alcuni mesi. Non posso quindi affatto essere dell'opinione di Jolly (1), che l'insorgere della melanconia debba far intervenire procurando l'aborto. Le « melanconie » della gravidanza sono, quasi senza eccezioni, stati di depressione circolari o catatonici, che hanno il loro decorso ed esito normale. L'idea che forse si potrebbe risparmiare ad una inferma il manicomio non può essere importante in tale quistione, neppure quando si potesse dall'operazione aspettare un vero successo.

Sono stati riferiti alcuni casi nei quali si ebbe miglioramento dei disturbi psichici con operazioni all'orecchio, estirpazioni di denti cariati, vuotamenti del seno mascellare superiore, cauterizzazioni del naso. Nei bambini, dopo tolte le proliferazioni del naso e della gola, si ha spesso un miglioramento molto sorprendente dello stato psichico, scompaiono rapidamente il contegno a metà stupido, a metà irritabile, la disattenzione e la smemoratezza. Una parziale asportazione della glandola tiroide può essere discussa nei disturbi mentali della malattia di Basedow. Infine ricorderemo ancora brevemente, le sottrazioni sanguigne che nei tempi passati costituivano il rimedio principale negli stati di agitazione, mentre ora, per le idee mutate sulle cause della pazzia, sono state completamente abolite.

---

(1) Jolly, *Centralblatt für Psychiatrie*, 1901, 684.

Invece la ipodermoclisi ha una grandissima importanza. Il procedimento è l'usuale: una soluzione di 5-700 gr. di cloruro di sodio al 0,5 %, riscaldata a 37-39° C. e sterilizzata, o una soluzione isotonica (1), si inietta a bassa pressione negli spazi linfatici sottocutanei con un ago cannula o con un trequarti. Per lo più sono necessarie due punture (petto, dorso, coscia), che però si possono anche ripetere parecchie volte; il liquido viene fatto assorbire con leggiero massaggio. Noi usiamo, spesso con eccellente successo, la ipodermoclisi di liquido fisiologico negli infermi molto indeboliti, con diminuzione dell'attività cardiaca. Recentemente è stata usata per la nutrizione di infermi sitofobi l'iniezione di olio. Alcuni sperimentatori francesi hanno voluto usare le iniezioni di siero fisiologico con aggiunta di bromo negli epilettici, e di iodio nei paralitici.

Cure fisiche. — Tra i processi di cure fisiche che sono entrati nel trattamento delle malattie mentali il primo posto spetta alla *cura idrica,* specialmente all'uso dei *bagni.* Le barbare doccie e i freddi bagni a doccia, che precedentemente erano molto in voga quali rimedi « revulsivi », sono da lungo tempo fuori uso. Al contrario negli ultimi anni hanno acquistato un grande favore i bagni caldi (2) per la cura dei malati di mente, e hanno portato una vera rivoluzione nella organizzazione dei reparti degli agitati. L'azione tranquillizzante dei bagni caldi a 34°-35° C. è conosciuta fino dai tempi antichi. Essi furono adoperati la sera per la durata di 1-2 ore per ottenere il sonno nella nervosità, nell'isteria, nei leggeri stati depressivi e ansiosi, terminando il bagno con una leggera doccia fredda o con frizione di acqua fresca. Anche negli infermi agitati questi bagni prolungati sono stati usati sempre con buon successo; in tali casi si solevano porre compresse fredde o la borsa di ghiaccio sul capo. Invece si aveva una grande paura dei bagni molto prolungati, temendosi sopratutto azioni sfavorevoli sul cuore.

In alcuni casi però già gli antichi alienisti francesi curavano con i bagni caldi, prolungati per diversi giorni e anche per settimane, gli infermi agitati. Malgrado i buoni successi, tale procedimento si è andato affermando solo in modo graduale, principalmente di certo perchè tutta la organizzazione manicomiale non era ancora abbastanza matura.

(1) Donath, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LX,* 583, 1903; Wickel, *Psychiatr. Wochenschr.* 1903, 181.

(2) Thomsen, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LV*, 721; Beyer, *Centralblatt f. Psychiatrie.* 1899, *Januar;* Kraepelin, *ebenda* 1901, *Dezember;* Alter, *ebenda* 1903, *März;* Würth, *Allgem. Zeitschr. f. Psych., LIX,* 676.

Solo con la rimozione degli apparecchi coattivi, con la istituzione dei riparti di sorveglianza e col desiderio di dare sempre più al manicomio l'impronta di un ospedale, il trattamento con i bagni acquistò man mano una estensione sempre maggiore, perchè risultò da esso un effetto estremamente benigno, senza che si avessero evidenti svantaggi. In Germania fu raccomandato caldamente e specialmente da SCHOLZ. Però egli ricopriva le vasche con coperte di canevaccio, lasciando sporgere fuori solo la testa degli infermi; in altri stabilimenti si usavano dei coperchi di legno. In questi bagni gl'infermi rimanevano molte ore e anche tutto un giorno.

Le mie esperienze sopra i bagni permanenti risalgono a circa 15 anni. L'osservazione che infermi confusi e malandati cominciavano, dopo non molto tempo da che si trovavano nel bagno, a essere tranquilli, a prendere nutrimento e addormentarsi, mi determinava a prolungare a volte i bagni durante diversi giorni; la notte gli infermi erano ricondotti a letto. Poichè gli incidenti pericolosi, che dapprima venivano temuti, non avvennero mai, io ho sempre più perfezionato il procedimento e infine sono arrivato al punto di continuare i bagni anche durante la notte, poichè a ciò spingeva anche la grande differenza tra l'organizzazione del riparto durante il giorno e la notte. Avveniva quindi che alcuni infermi passavano molti mesi senza alcuna interruzione nell'acqua calda. Certo che per eseguire tali misure si dovettero escogitare installazioni speciali. Possibilmente in diretta comunicazione con le camere di guardia furono costruite le sale da bagno, chiare e confortevoli, con bagneruole di maiolica inglese, le quali avevano in ogni tempo a disposizione abbondante acqua calda; inoltre si doveva avere di giorno e di notte una grande sorveglianza sui malati. Finalmente il soggiorno nel bagno, il mangiare e il dormire nel bagno stesso fu reso per quanto era possibile gradevole agli infermi, con piccoli tavolini, con cuscini pneumatici per appoggiare la testa e con lenzuola tese per poter rimanere coricati più comodamente.

L'azione di tutte queste misure è stata molto soddisfacente. È risultato indubbiamente che il trattamento degli infermi agitati con bagni caldi permanenti *è senza confronto migliore* di ogni altro procedimento fino ad ora conosciuto. Specialmente i maniaci e i paralitici, come pure i catatonici in stato di agitazione, si adattano molto bene a tale cura, ed ugualmente gli infermi con *delirium tremens;* meno buoni risultati si sono avuti negli eccitamenti ansiosi degli epilettici e dei melanconici, benchè pure in questi casi il bagno abbia servito sufficientemente bene. Tutti questi infermi divengono nel bagno più calmi, man-

giano e dormono meglio, sono meno esposti al pericolo di ferirsi. Poichè non si fa loro nessuna violenza e l'acqua calda è per essi un soggiorno confortevole che non impedisce la loro libertà, gli infermi lasciano solo mal volontieri il bagno quando interviene un rapido senso di freddo; non vengono in discordia con i loro vicini e sono molto meno irritabili e violenti. L'infermo cessa completamente di strappare e distruggere tutto ciò che ha tra mano; al massimo le donne possono strappare le camicie da bagno che loro si danno, se pure non le rifiutano. Ugualmente è messo un termine alla poca pulizia, e ciò nel modo più semplice, perchè è facile rinnovare l'acqua sudicia del bagno.

In tal modo tutta una serie degli inconvenienti più disgustosi della organizzazione manicomiale è ad un tratto tolta o per lo meno grandemente ridotta. Non vi è più sporcizia, non vi è più sistematica distruzione, non hanno motivo di esistere vestiti non lacerabili, scarpe a vite o sacchi di paglia fissati; anche i brutti piatti di latta, le catinelle e i vasi da notte di cartone o di gomma possono essere tranquillamente sostituiti con oggetti di maiolica. Gli isolamenti cessano completamente e finalmente il completo spirito informatore del trattamento ha decisamente guadagnato. Tanto gli infermi quanto gli infermieri non riguardano più l'uso del bagno come un castigo, come avviene così facilmente nell'isolamento, ma come una benefica misura medica. In tal modo cessano una grande quantità di lotte, che altrimenti non potevano essere risparmiate all'infermo agitato, per proteggere questi e i suoi vicini. Specialmente è l'infermiere che vede distintamente l'azione calmante del bagno e con ciò concepisce, senza accorgersene, gli stati di agitazione più giustamente di quello che si potrebbe ottenere con semplici spiegazioni.

Da che dipenda l'azione calmante dei bagni a permanenza è ancora oscuro. In ogni modo la dilatazione dei vasi cutanei e l'abbassamento della pressione sanguigna ha una certa parte. Io però credo che anche gli effetti psichici, quali il calore confortante dell'acqua, la mancanza di vestiti che stringano, la completa libertà dei movimenti, la mancanza di irritazioni con i vicini, la ininterrotta sorveglianza abbiano una certa parte.

Gli svantaggi dei bagni a permanenza sono molto piccoli in confronto ai loro vantaggi. Innanzi tutto è da dire che sono però sufficientemente costosi, perchè non solo richiedono buone installazioni, ma anche molta acqua calda e molta sorveglianza. Fino a che punto le maggiori spese vengano pareggiate con la diminuzione delle spese per la pulizia e per il rifornimento delle cose distrutte dipende da condizioni

locali. Inoltre è a dirsi come a volte sulla epidermide desquamantesi si possano sviluppare malattie cutanee facilmente trasmissibili, originate dal proliferare di funghi (tipo il *tricofiton*). Una azione preventiva contro questa malattia è data dalla unzione della pelle con la vaselina. Le pennellature con la tintura di iodio o con una soluzione di resorcina tolgono rapidamente questi parassiti, che sono del resto non pericolosi. È da tenersi in maggior conto il fatto che antiche suppurazioni dell' orecchio peggiorano facilmente nel bagno; in tali casi bisogna perciò usare cautela. Anche durante i *menses* i bagni possono venir continuati senza alcuna preoccupazione.

Il costringere con la violenza gli infermi a rimanere nel bagno è, a parer mio, errato, perchè in tal modo lo scopo essenziale del bagno, la tranquillità, viene a mancare; quindi dapprincipio i numerosi malati che non vogliono rimanere nel bagno si lasciano tranquilli, in seguito si rinnova a brevi intervalli l'esperimento di portarli nel bagno. Si vedrà così che di regola l'infermo si abitua al nuovo trattamento. Ciò viene facilitato usando dapprincipio il sulfonal o la joscina, nel peggior caso usando gli impacchi umidi, che con un po' di pazienza, fanno raggiungere lo scopo. Quando però un infermo è rimasto una volta per alcune ore nel bagno, la sua resistenza d'ordinario sparisce e in tal modo si raggiunge quasi sempre facilmente ciò che da principio sembrava affatto impossibile.

Vantaggi speciali offrono anche i bagni a permanenza negli infermi molto deboli o paralizzati i quali vengono messi nel modo migliore su lenzuola tese o talvolta sopra cuscini riempiti di ovatta non digrassata. La diminuzione della pressione del corpo, la possibilità di una pulizia più accurata impedisce il presentarsi dei decubiti anche nei casi più gravi e facilita assai perciò la completa cura.

Il trattamento dei bagni incontra frequentemente grande difficoltà negli stati di eccitamento catatonico. Fortunatamente in tali casi possediamo un rimedio che è un eccellente surrogato dei bagni a permanenza, cioè gli *impacchi caldo-umidi*. Un lenzuolo di tela immerso in acqua calda, leggermente strizzato, viene posto su tutto il corpo dell'infermo fino al collo, e sopra viene avvoltolata, non troppo strettamente, una grande coperta di lana. In tale impacco l'infermo rimane 2 ore. Io non posso risolvermi a prolungare maggiormente il procedimento, da una parte per il pericolo dell'accumulo di calore, d'altra parte perchè ogni sembianza di una voluta limitazione corporea dovrebbe per principio essere evitata. Per queste due ragioni io faccio liberare dall'impacco dopo poco tempo gli infermi che si agitano e si

ribellano, però ripeto in seguito il tentativo. Di regola però appunto i catatonici agitati resistono al massimo durante l'esecuzione dell'impacco, in seguito rimangono coricati e fermi in modo sorprendente. Per lo più la tranquillità dura tanto tempo, che in seguito si riesce a tener gli infermi per alcun tempo nel bagno. Se rifiutano tale trattamento si ricomincia nuovamente con gli impacchi.

Delle altre forme di trattamento idrico si possono raccomandare le leggere doccie, le frizioni fredde per i nervosi e per gli isterici e specialmente anche per gli onanisti, nei quali si usa anche il semicupio freddo. Nei casi con tendenza a disturbi circolatorii cerebrali gli impacchi o i bagni con senape ai piedi possono avere a volte una influenza ipnotica. Anche l'uso locale del *freddo* al capo sotto forma di vescica di ghiaccio è ancora molto in voga. La semplicità e la popolarità di questo trattamento parla decisamente in suo favore, benchè appunto in psichiatria si debba sperare un buon risultato più per la sua influenza psichica (coazione al letto) che per la influenza fisica.

Nella cura delle malattie mentali ha avuto un uso relativamente limitato l'*elettroterapia* (1). Le esperienze finora compiute presentano quindi molte lacune e forse non sono adatte a servir di base a principì generali. La *corrente faradica* sembra che agisca preferibilmente quale *mezzo di eccitazione*. Invece dalla galvanizzazione del midollo spinale, del simpatico, (correnti deboli, sedute brevi, grandi elettrodi, direzioni longitudinali o trasversali nel capo) si attende specialmente una influenza « *catalitica* » sui processi più fini del tessuto nervoso e una influenza sul sistema vascolare. Si è perciò proposto negli stati di aumentata eccitabilità nervosa, nei crampi vasali, ecc., di lasciare agire l'*anode* (correnti discendenti); nelle manifestazioni di paralisi, di stasi, di edema, di lasciare agire invece sul cervello e sul midollo spinale il *catode* (correnti ascendenti).

In generale si userà questo trattamento preferibilmente nei casi che vanno uniti a disturbi nervosi, nei quali si può sperare un successo dalla cura elettrica. In questi casi essa può riuscire utile per togliere le cause di irritazione periferica e per la diminuzione dell'eccitabilità. Gli stati crepuscolari isterici vengono a volte influenzati favorevolmente con una sistematica faradizzazione; si raccomanda l'uso di forti correnti in diversi punti della superficie del corpo o la faradizzazione

(1) ARNDT, *Archiv. f. Psychiatrie, II; Allgemeine Zeitschr. f. Psych., XXVIII, XXXIV;* ERB, *Elektrotheraphie, II, 2. Aufl.* 1886; TIGGES, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XL,* 543.

generale. Si può usare anche a volte la galvanizzazione e la faradizzazione del capo (mano elettrica) che hanno azione ipnotica, per combattere l'insonnia. Servizi migliori rende il trattamento elettrico, (galvanizzazione del capo, faradizzazione generale, bagni elettrici) negli isterici e nei nevrastenici. Appunto in tali casi però riesce completamente impossibile separare la partecipazione, certo non piccola, che deve essere sicuramente attribuita all' influenza psichica del procedimento.

Il metodo di cura più opportuno tra tutti quelli della terapia fisica è il *massaggio*, il quale finora ha conquistato solo un piccolo campo nella pratica psichiatrica che deve dividere fino ad un certo grado con l'elettricità. Nella grande maggioranza dei disturbi di mente il massaggio è adatto solo nei casi nei quali si presenta un sintoma somatico indipendente dai fatti psichici. Tuttavia in certe forme di psicosi isteriche e nevrasteniche, come pure dopo alcuni stati di esaurimento e di depressione, il massaggio, meglio se unito alla faradizzazione generale, rende spesso servizi molto buoni, rafforzando i muscoli e eccitando il ricambio materiale. Ricorderemo questo metodo di cura nella cosidetta cura per ingrassare.

Cure dietetiche. — Benchè di effetto più lento e meno efficace, è d'azione non meno preziosa dei suddetti trattamenti medicamentosi e fisici, il regime dietetico, che non serve ad alcun speciale scopo terapeutico, ma alla soddisfazione dei bisogni quotidiani della vita. Anzi tutto bisogna occuparsi che il *nutrimento sia adatto.* Ciascun malato di mente, anche quello che sembra « pletorico », ha bisogno di un regolare e sostanzioso nutrimento, che è non raramente ciò che serve di più per il trattamento curativo. E ciò raggiunge la massima importanza in quei casi nei quali cause debilitanti, puerperio, emorragie, malattie febbrili, hanno preceduto il disturbo psichico, e dove la bilancia e l'esame somatico lasciano riconoscere una diminuita nutrizione, anemia, debolezza, dimagramento. Specialmente importante già fin dal principio della malattia, quando l'infermo dominato da violenti emozioni e mancante di appetito trascura la vittitazione, è di badare che i pasti siano fatti regolarmente, e di combattere subito qualsiasi iniziale disturbo digestivo.

Tale trattamento deve venire spesso esteso ugualmente a tutto il decorso della malattia in quei casi nei quali la depressione, la irrequietezza, il negativismo impediscono all'infermo di soddisfare da sè al bisogno di nutrizione. La offerta paziente, ripetuta dei cibi, porta quasi sempre allo scopo, se pure vengano ingerite volta per volta piccole quantità. Il vitto deve essere sempre facile a digerire e, specialmente

nei casi gravi, molto sostanzioso per riparare l'impossibilità di una maggiore introduzione (minestre farinacee con carne). In alcuni casi è da consigliare l'aggiunta di peptone, nutrosio, somatose, igiama, tropon e altri simili preparati. Negli infermi molto deboli con gravi stati di eccitamento e confusione si raccomanda di tempo in tempo una ipernutrizione per mezzo di alimenti abbondanti e facilmente digeribili somministrati a brevi intervalli; però in tali casi si sarà costretti a usare la sonda. La *coprostasi* così frequente si combatte solo con rimedi molto miti, specialmente con clisteri (glicerina, olio), in alcuni casi con il massaggio e la faradizzazione del ventre. Tali misure vengono aiutate da una accurata *regolarizzazione dell'intero regime di vita:* moto sufficiente all'aria aperta, occupazioni che richiedono solo lavoro corporeo e non intellettivo, preferibilmente lavori di giardinaggio. Se fa caldo i malati deboli si lasciano sdraiati sopra sedie a letto all'aria aperta per tutto il giorno.

Di importanza essenziale per l'organizzazione dei Manicomii mi sembra il metodico bando dell'*alcool* quale *alimento.* È naturale pensare che un veleno che ha così forte azione sul sistema nervoso debba avere una sfavorevole influenza sulla corteccia cerebrale lesa dei nostri infermi. Inoltre l'esperienza ci insegna che in ciascun manicomio vive un grande numero di infermi che hanno bisogno di essere protetti più o meno energicamente dall'alcool, non solo gli alcoolisti e gli epilettici, ma anche i paralitici, gli ipomaniaci, gli ebefrenici. Io ho avuto frequente occasione di osservare le eccitazioni prodotte dalla birra, sia nei giorni feriali come nei festivi, e qualche volta anche dalla sottrazione per ragioni mediche. Contro tali inconvenienti non esiste che *un solo* rimedio, la completa soppressione dell'alcool per gli infermi e per il personale dei Manicomii (1). Secondo la mia quasi decennale esperienza, io debbo raccomandare nel modo più vivo tale misura; essa è facile ad eseguire e agisce favorevolmente su tutta l'organizzazione del Manicomio.

Il trattamento nutritivo ha ricevuto un caratteristico perfezionamento dalla cosidetta « *cura per ingrassare* » *(feeding-cure)* proposta da Weir Mitchell e da Playfair (2). Il concetto informativo di tale procedimento sta nell'acceleramento, per quanto è possibile, del ri-

---

(1) Hoppe, *Neurolog. Centralblatt, XVII,* 1704.

(2) Weir Mitchell, *fat and blood,* 3. *Aufl.* 1884; Playfair, *Die systematische Behandlung der Nervosität und Hysterie, deutsch.* v. Tischler, 1883; Burkart, Volkmanns, *Klinische Vorträge,* 245.

cambio materiale con una nutrizione sovrabbondante e contemporaneamente con buon lavoro muscolare senza un vero affaticamento. Agli infermi tenuti a riposo in letto vengono somministrati, a brevissimi intervalli, grandi quantità di cibi sostanziosi e facili a digerire (latte, carne, brodi sostanziosi), mentre la muscolatura di tutto il corpo viene sottoposta a un regolare massaggio e alla faradizzazione. Inoltre, e questa è la cosa più importante per la cura, si deve allontanare completamente il malato dalle abituali condizioni di vita, ed esso deve essere sottomesso incondizionatamente alla volontà del medico. Senza dubbio tale intervento psichico ha una parte importantissima per la cura. I successi nei casi adatti sono meravigliosi; ma sono da attendersi solo nel campo della vera isteria, e quindi in quei casi nei quali non esiste alcun profondo disturbo psichico, ma essenzialmente una grande e permanente debolezza volitiva (paralisi), e nei quali la nutrizione è molta decaduta.

Una speciale considerazione richiede il trattamento dietetico dei malati recenti. In questi casi si deve avere sopratutto di mira di ottenere la *calma.* Il rimedio migliore per raggiungere tale scopo è quello, a volte difficile, di *tenere coricato in letto* l'infermo *(clinoterapia);* ma a ciò si giunge mettendosi in condizioni favorevoli (personale sufficiente e adatto), in taluni casi solo dopo una cura preparatoria di bagni. Con un po' di pazienza si possono ottenere straordinari successi con questo innocuo trattamento, che diminuisce sempre più la differenza curativa tra malati di mente e quelli affetti da malattie fisiche. È però curioso come esso si sia andato affermando solo lentamente. In Germania Neisser (1) si è servito molto di simile trattamento. Presentemente, presso di noi, è riconosciuto da tutti che i malati recenti debbono, o per poco, o in circostanze speciali per lungo tempo, rimanere in letto. Inoltre si terranno fino a che è possibile in letto quegli infermi anemici e deboli, che correndo ansiosamente su e giù minacciano di esaurire le loro forze, i sitofobi e finalmente gli agitati, naturalmente sottoposti tutti a una continua sorveglianza. L'uso della violenza è certo cosa mal fatta, perchè aumenta l'eccitazione. Conduce molto meglio allo scopo la paziente persuasione e le transitorie concessioni. Nessuno negherà la evidente esperienza, che, cioè, tutti gli stati di agitazione decorrono in modo più mite quando gli infermi

(1) Neisser, *Berliner klin. Wochenschr.* 1890, 98; *Allgem. Zeitschr. f. Psych., L,* 1893; *Zeitschr. f. praktische Aerzte.* 1900, 18 u. 19; Sérieux, *et* Farnarier, *Annales mèdico-psychol., VIII,* 11, 61, 1900; Wizel, *ebenda, VIII,* 13, 56, 1901, Bernardini, *Rivista sperim. di Freniatria, XXVI,* 233.

giacciono nel letto. In casi più gravi di irrequietezza confusa, specialmente nel delirio da collasso, negli stati crepuscolari epilettici, catatonici e paralitici, i letti imbottiti con alte pareti laterali si dimostrano utilissimi. Gli infermi tranquilli che hanno bisogno del riposo in letto (melanconici, negativisti), saranno fatti alzare dopo qualche tempo per qualche ora ogni giorno, si faranno passeggiare in giardino, riposare all'aria aperta per procurar loro il godimento di aria fresca e per reagire contro gli effetti debilitanti della lunga permanenza in letto. Ganser fa praticare regolarmente a tali infermi il massaggio.

Quale ultimo mezzo di trattamento dei malati agitati viene usata la *separazione* in una camera aperta, o l'*isolamento* in una camera chiusa. Il primo modo, che è possibile solo con il consenso del malato, ha molto spesso un effetto favorevole, perchè diminuisce fino ad un certo punto gli eccitamenti esterni. Lo si può praticare negli infermi pericolosi per sè stessi, solo con una sorveglianza speciale e fallisce spesso perchè l'infermo agitato non rimane nella camera a lui assegnata. Se poi si chiude la porta, si rinuncia con ciò a qualunque altra sorveglianza, se non si vuole imitare la brutta istituzione delle prigioni di mettere spie e finestrini alle porte per osservare mettendo una sentinella a permanenza. Infatti nelle camere isolate o « celle per agitati » sogliono aversi presto una serie di gravi svantaggi. Gli infermi strappano senza riguardo le lenzuola e le vesti, finchè si è obbligati a lasciarli nudi sopra un mucchio di paglia o di crine vegetale; rompono i piatti, e con i pezzi graffiano le pareti, sicchè infine debbono venire usati piatti di pelle, di cartone o di pasta di pane, vasi da notte e bicchieri di gomma o di pelle, senza che ciò sia un vero rimedio. Qualunque rottame, panni di tela attorcigliati con entro sassi, coperte di lana annodate, manichi di cucchiai, vasi da notte con o senza contenuto branditi con forza, diventano le armi che possono determinare sorprese molto sgradevoli per il medico o per l' infermiere che entra; con zolfanelli che hanno preso di contrabbando i malati possono provocare incendi pericolosi, nei quali talora sono morti parecchi di essi. Le auto-ferite intenzionali o no, l'inghiottire i frantumi, gli strangolamenti con strisce di lenzuola, le ferite con schegge di vetro, i tagli allo scroto, il battere la testa sulle muraglie, ecc., sono fatti che avvengono nella quiete della cella da isolamento senza che siano avvertiti, specialmente quando le celle hanno doppie imposte per non far udire alcun rumore al di fuori. Finalmente gli infermi si danno molto presto all'onanismo e a sporcare, non solo con i cibi, ma anche con gli escrementi, che sono costretti a tener lungo tempo nella camera, non certo per migliorare l'aria di

questa; cominciano a sporcare sè e le pareti, il soffitto, sicchè chi entra retrocede spaventato da quel luogo di cura!

Se inoltre si pensa che il prolungato soggiorno nella camera d'isolamento è favorevole all'insorgere della demenza, che in tal modo si producono quei soggetti « artefatti dal manicomio », i quali, perchè imbestialiti formano lo spavento dei loro compagni, non vi può esser dubbio che l'isolamento non sia un male, che si dovrebbe abolire nel modo più rapido possibile. Tale nozione non è nuova; sfortunatamente però si oppongono spesso alla esecuzione di tale proposito serii ostacoli. Se in un manicomio si vuole evitare completamente l'isolamento di alcuni malati e attuare l'unico giusto precetto di una sorveglianza ininterotta per la cura dei singoli individui, vi è allora bisogno di tutta una serie di impianti, che da una parte richiedono mezzi considerevoli e gran numero di medici e di infermieri, d'altra parte opportuni riparti di sorveglianza e ricchezza di sale da bagno a permanenza di giorno e di notte. Wattenberg, Hoppe e altri hanno però dimostrato che, anche nelle condizioni più difficili, si può realizzare il trattamento « senza celle » (1). Solo però si deve porre sempre la domanda, se si è autorizzati in *ogni* circostanza a non isolare un malato agitato, anche quando da ciò si possono avere pericoli e danni serii per gli altri infermi, che sono posti ugualmente sotto lo nostra protezione. Che in condizioni favorevoli si possa per *principio* rinunciare all'isolamento e che con ciò si sia raggiunto un incomparabile progresso nella terapia dei malati di mente, è per me sicuro. Tuttavia io non esiterei in casi speciali, nei deliquenti pericolosi, ad adottare l'isolamento, quando non vi sia nessun altro modo per poter dare agli altri ricoverati quella sicurezza a cui hanno ragionevole diritto.

Nel trattamento curativo degli antichi Manicomii si usavano, per rendere inoffensivi gli infermi e per combattere la agitazione, contenzioni meccaniche con camicie di forza, sedie, letti di forza, cinture con guanti, ecc.; tutto questo per impedire all'infermo il libero uso delle membra e tenerlo fermo in una determinata posizione. È merito speciale dell'inglese Conolly (2) di avere dichiarato energicamente la inopportunità, anzi la pericolosità, di tali misure di contenzione. Queste

---

(1) Wattenberg, *Allgem. Zeitschr, f. Psych., LII,* 928; Heilbronner, *ebenda, LIII,* 717; Hoppe, *ebenda, LIV,* 910; *Psychiatr. Wochenschrift, III,* 30; *IV,* 13; Kalmus, *ebenda, II,* 49; Wattenberg, *ebenda* 1903, 1; Merklin, *ebenda,* 1903, 81.

(2) Conolly, *Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang, deutsch von* Brosius. 1860; Klinke, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLIX,* 5.

aumentano l'irrequietezza e l'eccitazione dell'infermo, che cerca in ogni modo di liberarsi, lo irritano contro i medici e gli infermieri, che per lo più solo dopo una lunga lotta possono eseguire la odiata contenzione, guastano gli infermieri perchè questi, fidando sulla brutale violenza, non sentono alcun bisogno di diventare più intimi con gli infermi e imparare a dominarli non tanto per mezzo della paura, ma piuttosto con piccoli artifici benevoli che sono di molto aiuto. Per tale motivo se il «*restraint*», cioè la costrizione meccanica ha disgraziatamente ancora una certa importanza negli ospedali male organizzati e presso gli infermi curati a casa, specialmente in questi ultimi luoghi per la estesa esagerata paura dei malati di mente, esso è ormai sconosciuto nei manicomii *modelli*. Nòi oggi possiamo dire senz'altro che il frequente uso dei metodi di costrizione di qualsiasi genere in un Manicomio indica con certezza o cattiva organizzazione o medici insufficienti. Solo dove l'assoluta esecuzione del *no-restraint* rappresenterebbe un male più grande della stessa costrizione, come p. e. quando la vita del malato è in pericolo, come avviene in gravi malattie chirurgiche o in alcuni casi durante viaggi difficili con infermi molto pericolosi e agitati, non si può fare a meno di autorizzare umanamente e scientificamente l'uso dei metòdi costrittivi.

Di regola basterà semplicemente di assicurare gli infermi con le lenzuola, asciugatoi, ecc. Nei casi nei quali il pericolo è veramente grande non si esiterà infine ad usare la camicia di forza. Pure io posso dire, per esempio, che negli ultimi 16 anni non ho avuto più alcun caso nel quale sia divenuta neccessaria tale misura. Solo una volta durante questo tempo fui obbligato a fare asssicurare a letto con asciugatoi un infermo molto irrequieto, per paura di emorragie pericolose di vita in seguito a operazione. La camicia di forza è chiusa sul davanti, si allaccia sul dorso, è di forte tela da barca con lunghe maniche chiuse, sicchè le braccia possono essere mantenute ferme incrociate sul petto. Se il corpetto è molto stretto, oppure se l'infermo giace a lungo con la camicia di forza, si possono produrre facilmente nei punti più esposti escoriazioni cutanee e decubiti, perciò essa deve essere allentata e possibilmente tolta ogni giorno per qualche ora. *Non si debbono lasciare senza continua sorveglianza gli infermi assicurati meccanicamente*, perchè può accadere che o si liberino da sè o pure si strangolino.

C. — *Trattamento psichico*

È stata specialmente la lotta contro la contenzione meccanica che ha contribuito a far perfezionare pei malati di mente un metodico *trattamento psichico* (1). Quanto meno il medico e l'infermiere hanno potuto ricorrere alla brutale violenza, tanto più dovevano cercare di avere dominio sui proprii infermi con l'influenza psichica. I cómpiti di questo metodo di cura sono da una parte di combattere i fenomeni anormali, d'altra parte di rafforzare le idee e i sentimenti normali, e aiutare finalmente l'infermo a vincere i disturbi morbosi. Risulta chiaro che, per la soluzione di questi cómpiti, a causa della varietà delle personalità che formano l'obiettivo dell'attività dell'alienista, non possono essere date precise prescrizioni, ma tale scopo deve essere raggiunto in ogni caso per vie differenti, e il rintracciar queste e l'eseguirle abilmente viene rimesso ogni volta alla intelligenza e alla esperienza del medico.

Con ragione quindi per questa grande responsabilità personale si richiede all' alienista anche una somma di speciali qualità psichiche: « indole affettuosa, grande pazienza, padronanza di sè stesso, libertà da ogni pregiudizio, conoscenza degli uomini proveniente da vasta pratica del mondo, abilità nel conversare e uno speciale amore alla propria professione che lo faccia passar sopra alle molte molestie e fatiche della professione stessa » (2). Così armato, l'alienista sarà in grado di essere per l'infermo non solo il medico, ma anche l'educatore e l'amico, non rivolgerà la sua attenzione solamente al fondamento *somatico* del disturbo mentale, ma con la forza della sua personalità combatterà con intelligenza anche *gli stessi fenomeni morbosi psichici*. Se anche nelle malattie somatiche il medico agisce spesso altrettanto per le sue caratteristiche qualità personali quanto con le medicine, nella cura delle malattie mentali il campo del trattamento psichico sarà naturalmente in modo straordinario più vasto.

Appunto per questa ragione Ludwig (3) ha raccomandato ripetutamente le medichesse per le malate di mente. Egli è d' opinione

---

(1) Reil, *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen*, 1083: Löwenfeld, *Lehrbuch der gesamten Psichotherapie*. 1897; Ziehen, *Psychotherapie*. 1898; v. Schrenk-Notzing, *Psychotherapie in* Eulenburg's, *Realencyklopädie der gesamten Heilkunde*.

(2) Griesinger, *Pathol. u. Therapie der psych. Krankheiten*, 4. *Aufl.* 533.

(3) Ludwig, *Centralblatt f. Psychiatrie*, 1899, 129.

che da un lato la donna possiede una conoscenza molto più profonda della vita psichica delle altre donne, e che d'altra parte queste confiderebbero molto più facilmente i loro più intimi sentimenti ad una donna e quindi potrebbero trovare in lei maggior consolazione e sollievo. A ciò va unito il fatto che spesso l'apparire dell'uomo riesce di grande eccitamento nei reparti femminili e che nella malattia possono svolgersi fatti, il ricordo dei quali è doppiamente penoso per l'inferma guarita se il medico fu testimone di essi. Finalmente non si può negare che i necessari esami somatici, specialmente nelle inferme con eccitazione sessuale, potrebbero essere compiuti più opportunamente da medichesse. Poichè in altri luoghi è stata fatta buona esperienza con tale sistema, è probabile che anche da noi si potrà ciò fare quando avremo disponibili un buon numero di medichesse.

La prima massima nel trattamento psichico dei malati di mente è la *franchezza e un assoluto amore della verità.* Appunto in ciò si compiono sempre nuovamente gravi errori da medici e da profani. Si teme in modo affatto ingiustificato di dire ad un malato di mente che lo si ritiene malato, mentre questa conoscenza costituisce appunto la prima base per tutto il trattamento ed è non raramente una vera liberazione per il sofferente stesso. È vero che vi sono molti malati che si ritengono completamente sani, ma anche in tali casi il nascondere l'infermità, come si usa così frequentemente, non ha assolutamente alcuna utilità, perchè gli infermi, dal modo come sono trattati, debbono venire a conoscere che si suppone in essi un disturbo psichico. Sotto tutti i rapporti deve dichiararsi condannabile *l'ingannare,* per qualunque scopo un malato di mente onde persuaderlo ad adattarsi alle misure intorno alle quali si crede di non poter ottenere la sua adesione (prendere medicamenti, farlo trasportare al Manicomio). Molto meglio è dichiarare tranquillamente e gentilmente, ma con fermezza, ciò che si desidera da lui e a quale fine. In tal modo si otterrà alla fine quasi sempre lo scopo. Nell'estremo bisogno si usi piuttosto la violenza, alla quale i malati coscienti si sottomettono d'ordinario quando non vedono alcuna via di uscita. Essi perdoneranno sempre più facilmente un tale procedimento che non la astuzia, la scoperta inevitabile della quale porta sempre per conseguenza una sfiducia inestirpabile. Ugualmente è necessario di non fare all'infermo mai una promessa che non si vuole o non si può mantenere. Altrimenti si perde per sempre la sua fiducia e con ciò la base di ogni successivo trattamento.

Di fronte alle idee deliranti dell'infermo il medico serberà sempre un contegno semplicemente negativo. Non darà a queste nuovo ali-

mento con una approvazione apparente, non le combatterà direttamente per mezzo di lunghe discussioni, e molto meno le metterà in ridicolo facendo in tal modo dispetto agli infermi. A domande provocatrici rivolte in tono irritato eviti tranquillamente la risposta, senza perciò abbandonare in qualunque modo il punto di vista medico. Non ho bisogno di aggiungere che il principio di una franchezza assoluta non deve affatto condurre al punto di contraddire senza grave ragione ogni espressione morbosa che il malato può forse manifestare. Spesso, specialmente nei dementi (paralitici) o negli infermi molto eccitati, la risposta si limiterà alla occasionale determinazione della morbosità dello stato; si passerà sopra e si lascieranno inosservate le idee deliranti manifestate, e si impediranno le azioni morbose solo se presentano un danno per il benessere dell'infermo stesso o dei suoi compagni.

Anche in riguardo a questo ultimo punto si tratterà principalmente di riparare nei limiti del possibile gli effetti cattivi di quelle manifestazioni morbose che non si possono prevenire con la cura. A questo scopo si trasporta l'infermo in un ambiente nel quale, con la sorveglianza e con speciali impianti, è diminuito per quanto è possibile il pericolo del suicidio, dell'auto-lesione, della violenza, della mania di distruzione, dell'insudiciamento, ecc. Nell'isolamento di un reparto sorvegliato, il malato è in verità molto più libero che in casa sua, dove ad ognuna delle sue azioni deve venire opposta subito una resistenza per le gravi possibili conseguenze. Facendo astrazione dalla esecuzione delle misure mediche indispensabili, si lasci libero il malato e non lo si indispettisce con sofistica protezione o con frequenti avvertimenti. Solo per riguardo ad inconvenienti o a pericoli più seri il medico cercherà di opporsi gentilmente, ma decisamente all'agire del malato. Il medico non retrocederà se ciò che comanda deve assolutamente esser fatto, e se tutte le buone parole sono rimaste vane, ricorrerà anche alla violenza per eseguire una misura riconosciuta necessaria. Naturalmente anche in tal caso si procederà con ogni possibile riguardo e si adoprerà ogni modo migliore per arrivare in modo benevolo allo scopo.

In nessuna circostanza le misure ordinate o eseguite dal medico debbono avere l'apparenza di misure disciplinari. Il trasferimento ad un altro riparto, il togliere l'uscita, la separazione, tutto ciò deve obbedire a ragioni mediche per opporsi a pericoli che possono minacciare. Appena tali motivi non esistono più, dovranno cessare anche gli ordini cagionati da essi. Appunto perciò è condannabile la sottrazione di piccoli favori innocenti, ad es. del tabacco, e il trattare gli infermi con bagni freddi e con docce per far loro tenere un contegno più ordinato. Tali

esperimenti educativi non sono affatto utili, indispettiscono gli infermi e lasciano credere agli infermieri, cosa che del resto già credono, che gli infermi potrebbero, se volessero, essere buoni.

In tutte le forme di malattie mentali a decorso più o meno rapido, il cómpito del trattamento psichico è essenzialmente aspettante. In tali casi si tratta essenzialmente di condizioni morbose d'eccitamento cerebrale, che richiedono sopratutto quiete e sempre quiete. Il medico perciò deve pensare in primo luogo ad allontanare, per quanto può, qualunque causa d'eccitamento esterno o interno. A questi eccitamenti appartengono specialmente i rapporti con i parenti più prossimi, le vivaci relazioni sentimentali che provengono dall'ambiente quotidiano, dalla professione del malato, da lunghe conversazioni, da avvertimenti, anche da benevole parole di consolazione. Quindi nel primo tempo della malattia, finchè esiste una viva irritabilità emotiva, si limiteranno per quanto è possibile le visite, mentre in séguito saranno assai vantaggiose per riannodare il legame con le antecedenti condizioni di vita. Si deve rinnunciare in tale periodo ad ogni genere di occupazione, perchè il cervello infermo ha bisogno per la sua guarigione dei maggiori riguardi. Spesso tale prescrizione viene eseguita senza bisogno di consiglio, perchè l' infermo è incapace di ogni occupazione ordinata e durevole. Nei maniaci e nei paralitici agitati, nei quali non si possono inibire le manifestazioni motorie impulsive, si deve per lo meno curare che cessino tutti quegli attriti e quelle preoccupazioni che vanno inseparabilmente unite alla attività professionale.

Oltre ciò si comprende facilmente come tutte le discussioni e le comunicazioni debbano essere, durante questo tempo, completamente evitate. Anche senza ingannare l'infermo sarà sempre possibile non fargli sapere quelle notizie che probabilmente potrebbero indurre una forte commozione nel suo equilibrio emotivo. Si aspetterà per comunicare le notizie spiacevoli che si sia raggiuuta la completa tranquillità, e inoltre si preparerà accuratamente e con tutti i riguardi il terreno. Solo quando esiste un pericolo urgente o una notizia dolorosa non può venir nascosta in nessun modo all'infermo, è naturalmente adatto farglielo sapere opportunamente nei modi dovuti onde evitare una imprevedibile scoperta dovuta ad un caso disgraziato.

Affatto impossibile è, come del resto sarebbe sempre dovuto apparire ovvio, di combattere i sentimenti e le idee morbose nell'istesso modo col quale si combattono gli errori dei normali. Il soggetto triste che si cerca di rallegrare con balli e concerti, con viaggi e con allegra compagnia, viene colpito ancor più dolorosamente e penosamente

da tutte le impressioni esterne; gli sforzi per contraddire con ragioni logiche le insorgenti idee deliranti sono impotenti contro la intensità dei processi interni, dai quali queste idee sono sempre nuovamente prodotte. Il trasporto dell'infermo in un ambiente a lui estraneo, indifferente e quindi non eccitante, nel quale si dimostra compassione senza curiosità, benevolenza senza importunità, è perciò la prima necessità perchè possa migliorare il suo stato.

Anche nel successivo decorso non è per lo più riconoscibile una decisiva influenza del trattamento psichico sullo svolgimento della malattia. Però è certo che le parole gentili e ragionevoli sollevano il cuore dell'ansioso e del depresso, e un contegno paziente e uguale può tranquillizzare l'irritato e l'agitato, sebbene sempre solo transitoriamente e non in modo durevole. Forse tali continui sforzi per riparare le oscillazioni psichiche sono adatte fino ad un certo grado, aiutando il naturale processo di guarigione. Questo almeno si può dedurre dall'esperienza, che cioè un trattamento psichico errato, quale è quello esercitato a volte dalla famiglia, da cattivi infermieri o da altri infermi, può peggiorare senza dubbio durevolmente gli stati morbosi. La pazienza e l'interessamento amorevole ai singoli soggetti, da un lato indulgenza senza debolezza, dall'altro fermezza senza rigidità sono i punti direttivi per l'azione morale del medico.

Solo quando si inizia una spiccata tranquillità dell'infermo il cómpito della cura psichica subisce un certo cangiamento. Fino a che l'attenzione dell'infermo è occupata in modo coatto dal disturbo stesso, e finchè nella coscienza esiste il posto solo per sentimenti e idee morbose, l'infermo suole prendere poco interesse a quel che avviene nel mondo esteriore. E se forse prima non poteva stare in ozio un sol momento, ed ora invece per settimane e mesi rimanga con le mani in mano o si esaurisca in un inutile stimolo motorio, non risente però alcuna noia, perchè insieme alla capacità è andato perduto anche lo stimolo ad una utile attività. In tale stato ogni tentativo per renderlo accessibile di nuovo alle idee e alle aspirazioni normali rimane d'ordinario senza risultato, e anzi per la eccitazione che porta all'infermo può avere una azione addirittura dannosa. Tuttavia a poco a poco anche gli antichi sentimenti e le fila dei pensieri normali emergono nuovamente, e allora si deve cercare di far rivolgere ad essi sempre più l'attenzione dell'infermo. E secondo la personalità di questi, i mezzi, le tendenze e le aspirazioni per la cura psichica saranno naturalmente molto diversi.

Sopratutto si deve cercare di scegliere per l'infermo una adatta *occupazione,* la quale, benchè stimolante, non deve essere faticosa; ciò

è la cosa più adatta per distrarre il pensiero dell'infermo dal suo stato intimo e per far risvegliare l'interesse per il mondo esterno, per la abituale attività. Letture divertenti, soluzione di facili compiti intellettivi, giuochi di ogni specie, esercizii di musica, inoltre lavoro materiale da armonizzarsi possibilmente con le antecedenti occupazioni, come lavori manuali, lavori agricoli o di giardinaggio, esercizii fisici; nelle donne cucire, lavare, cucinare e simili, variandoli in modo multiforme, servono ugualmente per lo scopo curativo. Inoltre si possono unire a tutto ciò in modo vantaggioso distrazioni, visite, passeggiate, talora piccole feste, mentre i divertimenti rumorosi, rappresentazioni teatrali ecc., recano, secondo la mia esperienza, più danno che vantaggio e sono male adatti alla natura di un ospedale.

Una parte molto importante ha la scelta di una occupazione adatta per gli infermi con disturbi mentali a decorso molto lento, o ne' casi di predisposizione morbosa (1). In tali casi, quando il vero processo morboso si è in qualche modo arrestato ed è sopravvenuta una certa tranquillità, noi troviamo nella attività regolata il mezzo per riattivare i normali circoli di ideazione e le normali aspirazioni. Specialmente negli stati terminali della dementia praecox, che riempiono i nostri manicomii, è molto facile, data la perdita della vivacità volitiva, il pericolo di un ottundimento psichico. In tal caso le occupazioni manuali hanno un grande successo contro questo pericolo, risvegliando negli infermi, in apparenza completamente stupidi e incapaci, una sorprendente quantità di abilità, esercitando e curando le quali è possibile per lo meno salvare un modesto avanzo della personalità e della vita psichica. Mentre in tali casi è d'uopo compensare la energia mancante con suggerimenti esterni, in molti altri psicopatici dobbiamo combattere, con lo spingere al lavoro, la mancanza di fiducia in sè stesso, il patologico sentimento di incapacità e del bisogno di sostegno. Mentre il far niente e il riposo peggiorano decisamente tali stati, la sistematica educazione al lavoro e l'esercizio tolgono gradualmente gli impedimenti, risvegliano il piacere di fare e sollevano il sentimento della propria capacità. Anche per le nevrosi da spavento può dirsi ugualmente.

Molto minore successo ci dà il tentativo di affrettare la scomparsa dei disturbi morbosi e di sostenere i processi normali con speciali influenze psichiche. Col mezzo di una abile arte di persuasione si giungerà ad ottenere assai più che con il « sistema di intimida-

(1) GROHMANN, *Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung von Nervenkranken*. 1899.

zione » di Leuret, il quale un tempo cercò soggiogare ogni manifestazione morbosa con docce e guarire così la pazzia. Gudden soleva narrare di un infermo, Iacobis, che credeva essere Dio e che con sistematica intimidazione era stato portato a negare tale idea delirante. Quando l'infermo « guarito » ebbe fatto i primi passi fuori del manicomio, si rivoltò e minacciò tutti i suoi tormentatori dei castighi più terribili che sarebbero avvenuti immancabilmente ad un suo cenno, cioè al cenno di Dio. Dove la capacità a giudicare normalmente viene permanentemente o transitoriamente tolta dalla malattia, è impotente anche la dimostrazione dell'evidenza, perchè essa appunto richiede il giudizio. Per tali ragioni anche le finte operazioni, che nei primi tempi della Psichiatria furono compiute a volte sugli ipocondriaci per toglier loro dal ventre animali, ecc., si basavano assolutamente sopra una ingenua ignoranza della natura del disturbo mentale.

Una prospettiva veramente seducente sembrò schiudersi in tempi recenti al trattamento psichico della pazzia, per mezzo di sorprendenti effetti della influenza suggestiva, con la *ipnosi* (1). Se si riesce con questo mezzo di ottenere un predominio illimitato sulle percezioni, sui pensieri, sulla volontà di un soggetto, non solo per il momento, ma anche per un tempo più lungo e perfino a sua insaputa, tale procedimento dovrebbe avere un valore altissimo per l'alienista, il quale ha appunto il cómpito di combattere i fenomeni morbosi in tutti quei campi. Sfortunatamente l'esperienza ha giustificato tale aspettativa solo in misura molto esigua. Quanto riesce di solito facile sottoporre i soggetti normali alla influenza della ipnosi, liberandoli in tal modo da ogni possibile dolore e malessere, tanto poco accessibili si dimostrano i malati di mente a tale trattamento. La forza della suggestione è in tali casi, verosimilmente a causa dei frequenti disturbi dell'attenzione e delle vivaci auto-suggestioni, molto minore che in condizioni normali. Per tale ragione non solo riesce in generale più difficile ipnotizzare i malati di mente, ma l'influenza del medico non diviene mai tanto efficace e specialmente tanto durevole. Così per esempio non è possibile togliere nell'ipnosi le radicate idee deliranti, che possiamo considerare in certo modo quali durevoli auto-suggestioni. Invece i disturbi psico-senso-

(1) Wetterstrand, *Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medizin.* 1891; Bernheim, *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie, deutsch von* Freud, 1893; Hecker, *Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde.* 1893; Lloyd Tuckey, *Psycotherapie oder Behandlung mittelst Hypnotismus und Suggestion, deutsch von* Tatzel, 1895; Löwenfeld, *Der Hypnotismus.* 1901.

riali, le alterazioni dell'appetito e del sonno sembrano accessibili fino ad un certo grado al trattamento ipnotico. Ugualmente l'ipnosi rende buoni servigi per liberare gli infermi dall'alcool e dalla morfina.

La cosa più naturale è certamente quella di adoperare la suggestione in quelle forme della pazzia, nelle quali, secondo l'esperienza, le influenze psichiche hanno già una parte predominante nel quadro morboso, cioè in quelle dipendenti da isteria e da nervosismo. Senza dubbio è in tali casi possibile ottenere a volte successi sorprendenti, come insegnano i casi ostentati dai magnetizzatori; in generale però sembrano avere preferibilmente un vantaggio dal trattamento ipnotico quelle forme di malattie nelle quali i fenomeni veramente psicopatici passano in seconda linea in confronto alle sofferenze nervose. Oltre ciò esistono in tali casi delle auto-suggestioni, che sono molto frequentemente di ostacolo e può esistere sempre il pericolo dello sviluppo di stati auto-ipnotici, sebbene questi, secondo la mia convinzione, possano essere evitati con una grande abilità da parte del medico e con un adatto uso del procedimento. Anche nelle neurosi da spavento i successi del trattamento ipnotico sono meno brillanti di quello che forse si era sperato; al contrario la isteria cosidetta monosintomatica, alla quale per questa ragione io desidererei serbare un posto distinto, è accessibile in guisa soddisfacente alla influenza curativa del trattamento suggestivo. Nelle altre forme della pazzia degenerativa, specialmente negli stati ansiosi e nelle idee coatte, si possono spesso ottenere successi transitori, ma solo in pochi casi con grande pazienza e con grande pratica possono ottenersi successi durevoli e anche le inversioni dell' istinto sessuale finora credute inguaribili sono state trattate con profitto in tal modo.

Se dopo queste riflessioni l'azione della influenza ipnotica nei malati di mente deve essere ritenuta presentemente in limiti ancor più ristretti di quello che si poteva da principio attendere, pure in ciò che finora si è ottenuto vi è l'avvertimento per l'alienista di famigliarizzarsi nel modo più completo con l' uso di tale mezzo curativo, se non altro per non recare danno colla inesperienza del metodo. La forma usata, che fino ad ora si dimostra più pratica e apparentemente meno pericolosa, è senza dubbio la suggestione verbale, come viene adoperata da Bernheim e dalla sua scuola. Io. debbo qui lasciare da parte una esatta descrizione di essa, rimandando ai lavori del Bernheim, sopratutto perchè l'intero trattamento richiede una abilità e una presenza di spirito personale del medico e quindi può essere appreso dai singoli individui solo presenziandone la esecuzione.

D) *Trattamento dei singoli fenomeni morbosi.*

Passando in rassegna tutta la serie dei mezzi di cura di diverso genere dei quali l'alienista dispone, si riconosce facilmente come la sua azione è diretta essenzialmente contro le manifestazioni morbose; del resto non si può diversamente attendere, data la imperfezione delle nostre conoscenze etiologiche e data la difficoltà di togliere, anche quando le conosciamo, le cause stesse. Solo in pochi casi nei quali le condizioni di origine della pazzia sono la febbre, le malattie locali o generali, le intossicazioni, le nevralgie, le malattie dello stomaco o dell'intestino, dei reni o degli organi sessuali, della glandola tiroide, la sifilide, ecc., si può, in alcune circostanze, parlare di un trattamento veramente causale, dei dettagli del quale naturalmente non è qui il caso di occuparci. È invece importante parlare brevemente ancora del trattamento di alcuni *fenomeni morbosi* che si presentano in varie forme della pazzia.

Innanzi tutto dobbiamo ricordare l'*agitazione psichica* (1), il cui energico trattamento diviene necessario specialmente quando minaccia di condurre i malati all'esaurimento. In tali casi si cercherà di tenere l'infermo in riposo permanente in letto con sorveglianza continua. Se ciò riesce impossibile, allora nella maggioranza dei casi si farà uso dei bagni caldi a permanenza, ciò che condurrà senz'altro allo scopo, specialmente quando all'inizio si aiuti tale misura con medicamenti (trional, sulfonal, joscina). Se il trattamento dei bagni incontra difficoltà, ciò che avviene specialmente negli stati di agitazione catatonica, si adopreranno allora, a volte anche insieme coi medicamenti, gli impacchi caldo-umidi, ai quali gli infermi si abituano regolarmente molto presto, anche se dapprincipio si oppongono vivacemente. Se l'irrequietezza continua malgrado il trattamento degli impacchi, allora l'infermo viene tolto dopo breve tempo da questi e viene portato in via di esperimento nel bagno, per ritornare poi all'impacco se il trattamento col bagno riesce ancora impossibile. Una regolare e paziente ripetizione di questo trattamento da quando io fui in grado di poterlo continuare anche durante la notte, mi permise, anche nei casi più gravi, di raggiungere in pochi giorni lo scopo, cioè al risultato che gli ammalati rimasero senza difficoltà nel bagno. L'uso dei narcotici può essere da tal momento smesso. Per lo più gli infermi dopo alcuni es-

(1) Gross, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI,* 953, 1899.

perimenti non riusciti, rimangono completamente tranquilli nell'impacco. Dopo due ore al massimo questo viene tolto e l'infermo viene condotto al bagno. Il successivo impacco si fa quando gli infermi cercano di uscire nuovamente dal bagno. Avvenuta una certa tranquillità, si fa di nuovo la prova di tenere gli infermi in letto, dal quale ritornano nel bagno solo di tempo in tempo nei transitorii peggioramenti del loro stato. Tutto questo procedimento metodicamente perfezionato, l'unione del riposo in letto, del bagno e degli impacchi, mi ha dato, nel corso di parecchi anni, così buoni risultati, che gli stati di agitazione dei nostri infermi hanno per noi essenzialmente perduto la loro gravità. Se però, p. e. in una grave agitazione epilettica, tutti questi metodi e insieme tutti i medicamenti indicati non avessero effetto, non rimarrebbe altro da fare che isolare l'infermo in una camera imbottita di materassi, sotto una continua sorveglianza, finchè lo stato non renda possibile di ritornare al suddetto procedimento.

Nel trattamento degli eccitamenti *ansiosi* sono indicati l'oppio e la morfina, specialmente quando esistono sensazioni sgradevoli, dolori, ecc. I sali di bromo sono maggiormente adatti negli stati di interna irrequietezza e di aumentata irritabilità emotiva (stati depressivi epilettici, nervosismo); nei casi di depressione irritabile dei circolari l'unione del bromo con l'oppio rende spesso buonissimi servigi. Nei casi nei quali l'intero stato delle forze è molto abbassato, il miglior mezzo per giungere alla tranquillità è a volte un nutrimento possibilmente abbondante, da farsi, se non è altrimenti possibile, con la sonda esofagea. Se però l'agitazione è principalmente conseguenza di influenze esterne, giova il trasporto in un altro ambiente, il confinamento in una camera isolata; in casi più leggeri si possono evitare le minaccianti esplosioni con un semplice deviamento dell' attenzione, a volte con parole scherzose o accordando piccole concessioni. Molto importante è per il medico e per gli infermieri conoscere esattamente questi malati e curarli secondo le loro caratteristiche. Negli eccitamenti demenziali, che per lo più decorrono rapidamente, è sufficiente di regola l'immediato riposo a letto o il trasporto nel bagno; solo eccezionalmente sarà necessaria una iniezione di joscina.

Per il trattamento della *insonnia* si cercherà regolarmente dapprincipio di adoperare misure dietetiche. Nelle malattie croniche e con un fisico vigoroso è adatto far muovere gli infermi all'aria libera (lavoro da falegname e da giardiniere), far fare la ginnastica e il massaggio. Invece nei malati recenti e facilmente eccitabili le forti fatiche fisiche agiscono in generale sfavorevolmente sul sonno. In tali

casi si potranno usare bagni caldi prolungati rinfrescando temporaneamente il capo, impacchi caldo-umidi, galvanizzazione del capo, e in adatti casi potrà anche essere usata la suggestione ipnotica. A volte si ottiene già molto facendo riposare l'infermo nel pomeriggio; la cena, facilmente digeribile, deve essere fatta di buon'ora, si eviteranno le letture serali, si abolirà il thè e il caffè, si cercherà di far vuotare l'intestino alla sera, si invieranno gli infermi a letto all'ora giusta, si curerà che nella camera da letto vi sia abbondante aria fresca, ecc. Se si debbono adoperare medicamenti, si provi dapprincipio l'alcool, poi i sali di bromo a dosi medie. Solo in caso di estremo bisogno e nelle malattie acute si useranno del tutto transitoriamente gli altri ipnotici; p. e. nei casi di forte ansia o quando esistono vivi dolori si userà la morfina o l'oppio, perchè riesce poi molto difficile tanto riabituare al sonno naturale gli infermi che sono stati curati a lungo con ipnotici, quanto sottrarre ad essi i medicamenti.

Una accuratissima sorveglianza richiedono da parte del personale di assistenza gli infermi con *tendenza al suicidio,* la quale così frequentemente si riscontra negli stati di ansia, specialmente se vi è unito un contemporaneo offuscamento della coscienza, ma anche in stati depressivi del tutto semplici, senza che vi siano accentuati disturbi della coscienza. Sono specialmente gli ultimi casi che richiedono le esigenze più grandi di vigilanza e di accortezza da parte del personale del manicomio. Le occasioni che possono servire all'infermo, il quale a volte agisce con pieno calcolo, per la esecuzione del suo piano di suicidio, sono tanto numerose e multiformi, che solo una matura esperienza e una intima conoscenza di tutte le possibilità ha speranza di opporsi con successo alla tendenza morbosa. Ogni chiodo, ogni pezzo di vetro o di latta può divenire un istrumento di morte nelle mani degli infermi disperati; la mancanza di vigilanza, sia pure momentanea, può far sì che il malato possa impiccarsi, strangolarsi, gettarsi dalla finestra, inghiottire oggetti pericolosi, compiere gravi mutilazioni: strapparsi gli occhi, la lingua, i testicoli; io stesso ho visto un infermo staccare con un morso la lingua e anche fratturarsi la colonna cervicale con potente urto della testa al muro in presenza degli infermieri. Fortunatamente simili avvenimenti non sono frequenti, anzi sembra che con l'internamento nei manicomi possono venire evitati il 90 %, e anche più, dei suicidii che altrimenti verosimilmente avverrebbero, ma è desiderabile ricordare le disgrazie perchè non divengano più frequenti. I malati più pericolosi sono i melanconici e i circolari nel periodo depressivo senza forte arresto, perchè cercano di giungere al loro scopo

spesso con grande ostinazione e con molta riflessione: ma anche i paralitici e specialmente i catatonici possono talora inaspettatamente compiere gravi tentativi di suicidio. Nei catatonici sogliono questi tentativi essere eseguiti con grande energia e senza alcun riguardo all'ambiente, a volte continuandoli per settimane quasi ininterrottamente, mentre i paralitici tentano il suicidio generalmente senza vigore e senza riflessione. I tentativi di suicidio degli isterici conducono solo in casi eccezionali allo scopo, perchè di regola sono ideati in modo debole e teatrale.

La tendenza a *distruggere* insorge generalmente nei nostri infermi dall'eccitamento interno, ma a volte anche dalla noia e dalla mancanza di utile attività. Negli ultimi casi si deve procurare il rimedio guidando e porgendo occasioni per utili lavori. Poichè questo è possibile eseguire nel modo migliore nei grandi Manicomii ove esistono sufficienti varietà di bisogni e di funzioni, i malati capaci al lavoro debbono venire condotti più presto che sia possibile in tali asili. Nei malati agitati la mania di distruzione viene combattuta dolcemente e facilmente con il trattamento a letto e con i bagni a permanenza. In tal modo, da una parte manca agli infermi il modo di distruggere, d'altra parte l'acqua offre un mezzo inesauribile per soddisfare l'impulso di attività schizzando, muovendola, battendola, tuffandosi. In un'inferma che ci era costata un piccolo patrimonio per le distruzioni durante un antecedente attacco maniaco, ho potuto determinare in modo palpabile l'utile economico che hanno portato i bagni a permanenza eliminando quelle tendenze morbose. I veri artisti di distruzione ai quali veramente nulla resiste e per i quali ogni sasso, ogni pezzetto di filo di ferro, ogni pezzo di cucchiaio diventa un istrumento per distruggere, si sono perfezionati nelle celle da isolamento. Per questi infermi tutte le vesti « non lacerabili ». tutto il vasellame e gli altri oggetti « infrangibili » sono completamente inutili. Mercè il trattamento senza celle questi infermi scompariranno completamente dalla nostra vita manicomiale.

Ugualmente vale per un altro terrore della attività psichiatrica, cioè la tendenza a *insudiciarsi*. Fin tanto che si ha a che fare con fatti occasionali che possono avvenire nei paralitici, nei deboli, nei malati irrequieti e confusi, l'evitare e l'abolire tale fatto non richiede nulla di speciale. L'educazione degli infermi ad essere attenti, lo spingere pazientemente gli infermi a soddisfare i loro bisogni, talvolta il fare regolari irrigazioni per vuotare completamente l'intestino, infine il pulire rapidamente se è avvenuto l'insudiciamento, porterà allo scopo. Molto peggiore è per l'ammalato, come anche per i suoi vicini, la schifosa abitudine di spor-

carsi con tutto ciò che capita fra mani. Poichè tal fatto sta in intimo rapporto con l'isolamento, si potrà abolire senz'altro con il bagno a permanenza, con il quale si potrà ottenere senza difficoltà la completa pulizia. Anche in quei malati sudici incapaci di aiutarsi da sè, nei quali la pulizia sarebbe molto difficile ad ottenere, il bagno a permanenza rende ottimi servigi. In mancanza di questo si suole far coricare l'infermo su ricci di legno o su muschio.

Particolare cura si è spesso adoperata per combattere la *masturbazione*. Spesso questa scompare da sè con la diminuzione della eccitazione psichica; in altri casi cronici invece ogni trattamento rimane senza risultato. Forse non è senza valore l'uso del bromuro di potassio; però rimane sempre di maggiore importanza il trattamento dietetico, i mezzi per produrre un sonno tranquillo, l'evitare l'ozioso riposo a letto, il regolare lo svuotamento dell'intestino, il procurare una occupazione distraente, un sufficiente movimento all'aria aperta fino allà stanchezza; inoltre bagni freddi, specialmente semicupi; finalmente una attenta e paziente sorveglianza e educazione.

Infine dobbiamo ricordare ancora una manifestazione molto importante il cui trattamento non raramente incontra gravissime difficoltà, vogliamo parlare cioè del *rifiuto del nutrimento* (1) (sitofobia). In prima linea si dovranno in tali casi ricercare le cause somatiche, specialmente il catarro della bocca e dello stomaco o l'atonia intestinale, che si combatteranno con misure adatte: scelta dei cibi, lavaggio dello stomaco, della bocca e dell'intestino; talvolta anche con medicamenti. Non molto successo io ho avuto con l'orexina, che non sembra sia neppure del tutto innocua, e che è stata raccomandata per stimolare l'appetito.

Se noi lasciamo da parte la incapacità ad inghiottire dovuta a grave ottundimento, il rifiuto del nutrimento ha con grandissima frequenza la sua ragione di essere nell'esistenza di multiformi idee deliranti, nel timore di venire avvelenato, nel credere di non poter pagare, nel non esser degno di mangiare, nel desiderio di morire di fame. Il migliore alleato è sempre la fame, che a volte dopo alcuni giorni di rifiuto del nutrimento fa valere con tale forza i suoi diritti che l'infermo divora con grande voracità i cibi offertigli. La fame agisce molto meglio se apparentemente non si mostra alcun interessamento all'infermo, se lo si lascia solo con i cibi e se si fa possibilmente poca attenzione al suo rifiuto di nutrimento. Molte buone parole o, anche peggio, i

(1) PFISTER, *Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung.* 1899.

tentativi di somministrare a forza il nutrimento, sogliono aumentare ben presto molto considerevolmente la resistenza. In altri casi si tratta piuttosto di una certa mancanza di volontà, la quale impedisce all'infermo di vincere le contro-idee deliranti; egli mangia appena si porta il cucchiaio alla sua bocca. L'uso della violenza è in ambedue i casi un male. Altri casi di sitofobia sono dovuti al negativismo catatonico, come pure alla irrequietezza dei malati agitati, i quali si oppongono continuamente a mangiare per stimoli motori di altro genere. A volte simili stati cambiano molto rapidamente e lo stesso malato che non si poteva persuadere a mangiare, forse dopo un quarto d'ora prende volontariamente il cibo per poi poco dopo resistere di nuovo ostinatamente a qualunque invito. Una instancabile pazienza, un profittare esattamente di tutti i piccoli espedienti (p. e. eccitando lo stimolo di imitazione e dell'appetito mangiando insieme), come anche una scelta e una varietà dei cibi quanto più è possibile accurata, aiutano a vincere le suddette difficoltà.

Esistono però casi nei quali tutte le premure del medico falliscono, e nei quali infine per evitare il pericolo minacciante dell'esaurimento e della morte per fame, si è costretti a ricorrere alla *introduzione artificiale forzata dell'alimento*. Il periodo nel quale si deve ricorrere a tal mezzo è determinato nel modo migliore dalla bilancia, perchè essa fornisce gli indizii migliori per giudicare lo stato della nutrizione. Tutti gli infermi che si nutriscono insufficientemente debbono perciò essere pesati frequentemente. o meglio ogni giorno, per poter sorvegliare la rapidità della diminuzione del peso. La condizione peggiore si ha in quei casi nei quali gli infermi hanno cominciato già da lungo tempo a mangiare sempre meno, fino a cessare gradualmente di cibarsi del tutto; in tali casi è urgente un pronto intervento, perchè altrimenti avviene facilmente un crollo impetuoso. Secondo lo stato del malato si dovrà procedere alla nutrizione artificiale 2 o 3 giorni al massimo dopo l'inizio del completo rifiuto del cibo, ma a volte anche prima. Se l'infermo è robusto e ben nutrito e cessa tutto ad un tratto di mangiare, si potrà aspettare tranquillamente anche 6, 8 giorni. La fame irresistibile che però finisce col mancare dopo un digiuno prolungato, metterà spesso senza altro fine al digiuno. Se il rifiuto dei cibi non è completo, se l'infermo ingerisce ancora per lo meno l'acqua, allora si può attendere senza pericolo, facendo bene attenzione al suo stato di nutrizione, anche 10, 12 giorni prima che sia necessaria la nutrizione forzata.

Stabilita la necessità di intervenire si comincia a mettere in opera senz'altro la nutrizione con la sonda, la quale nelle mani di un medico

esperto rappresenta una misura semplice e completamente innocua, non maggiormente pericolosa di una iniezione sottocutanea. Il cercare di porre cibo forzatamente in bocca, il tentare di schiudere i denti con cucchiai o con tazze a becco, cosa che ogni tanto viene ancora raccomandata, è, negli infermi resistenti o incoscienti, da scartare completamente, anzi a volte è molto rischioso. L'unico procedimento giusto è quello di versare nello stomaco, per mezzo dell'imbuto e della sonda, liquidi tiepidi convenientemente composti. La sonda viene introdotta per la bocca o meglio per il naso, che antecedentemente vengono nettati da croste e da muco. Il primo procedimento costringe, quando l'infermo resiste fortemente, ad aprire e a mantenere aperta la bocca in modo forzato con istrumenti cuneiformi (apribocca di HEISTER), ciò che però può provocare delle lesioni; l'altro procedimento, che rende il medico essenzialmente indipendente dalla resistenza dell'infermo, fallisce però con grande facilità. Ogni qualvolta si pratica la nutrizione artificiale, l'infermo deve essere tenuto fermo da mani sicure per evitare improvvisi movimenti disturbanti; l'introduzione della sonda formata di sostanze molto pieghevoli (sonda patentata di JACQUES, o tubo di gomma a parete spessa con una apertura alla estremità) deve compiersi lentamente senza la minima forza. Di regola la sonda scivola prontamente nell'esofago, aiutata da un movimento di deglutizione determinato per via riflessa; negli infermi molto riluttanti può avvenire che la sonda venga deviata dalla sua strada e spinta in avanti e tenuta in bocca. In tali casi si deve pazientemente provare diverse volte a raggiungere lo scopo; nel caso estremo rimane sempre la possibilità di far seguire la giusta via alla sonda, guidandola con un dito protetto per mezzo di un guscio metallico dai morsi.

Di grande importanza è convincersi se la sonda abbia preso la strada giusta e non sia arrivata in trachea. Negli infermi paralizzati e molto insensibili possono mancare del tutto le manifestazioni che accompagnano l'ingresso di un corpo straniero nelle vie respiratorie (dispnea); la sonda scende senza alcun disturbo fino alla biforcazione della trachea, dove incontra una resistenza. Si sente è vero l'aria respirata attraverso la sonda, ma anche nello stomaco, quando il tubo è giunto felicemente in questo, si possono produrre rumori respiratorii quando vi sia un accumulo d'aria. Il mezzo infallibile per assicurarsi della posizione della sonda è *l' ascoltazione dello stomaco* soffiandovi dentro l'aria.

Prima di versare il nutrimento, è spesso utile lavare lo stomaco per togliervi la quantità accumulata di muco e di saliva decom-

posta. Poi si lascia versare il liquido nutritivo lentamente con una pressione per quanto è possibile lieve. Il ritiro della sonda deve avvenire dapprincipio lentamente, invece in prossimità del laringe rapidamente; nello stesso tempo l'apertura superiore della sonda deve essere tenuta chiusa, perchè le gocce di liquido non cadano nelle vie respiratorie. Dopo la nutrizione artificiale, l'infermo deve essere tenuto in posizione di riposo, in caso di bisogno forzatamente.

Quale liquido nutritivo si sceglie opportunamente il latte o il brodo di carne con uova crude frullate, zucchero e burro, talvolta con aggiunta di cacao, di peptone, di succo, di carne di somatose, di succhi di frutta, di succo di limone; anche dei medicamenti, alcool, caffè possono in tal modo essere naturalmente introdotti; in generale si cercherà di dare al nutrimento presso a poco quella composizione di idrati di carbonio, di albumina e di grassi, dimostrata necessaria dalle leggi della nutrizione. È però dimostrato che, perdurando a lungo la nutrizione artificiale, una composizione sempre uguale del liquido introdotto viene mal sopportata e si può avere anche a volte lo scorbuto. Per queste ragioni si raccomanda di alternare in tali casi una serie di varie miscele e specialmente di aggiungere anche carne fresca ed erbaggi. Data la larghezza della sonda si può anche senza difficoltà portare nello stomaco tali miscugli purchè triturati molto finemente. Specialmente il fegato è molto adatto, e per la sua composizione e perchè facilmente digeribile. Noi usiamo cambiare regolarmente con sei diversi miscugli, dei quali le parti essenziali sono formate da fegato e brodo di carne, da latte e zucchero, da latte e farina di piselli, da latte, mondamina e olio, latte, zucchero e cacao con o senza aggiunta di uova.

La nutrizione artificiale viene praticata per lo meno due volte al giorno, preferibilmente a mezzogiorno e alla sera; ogni volta si introduce circa un litro di liquido, le prime volte una quantità minore. Il più spesso tale procedimento viene compiuto, con un po' di abitudine, con molta facilità e semplicità. In tal modo è possibile mantenere in vita per mesi e ánni infermi sitofobi e si riesce a poco a poco ad ottenere anche un aumento del loro peso. Con ciò naturalmente si ha solo una incompleta surrogazione della volontaria ingestione del nutrimento. Perciò nello stesso tempo si continuerà sempre a cercare in tutti i modi di combattere la sitofobia.

Una manifestazione concomitante molto sgradevole della nutrizione artificiale è il *vomito,* che a volte interviene. In tali casi è assolutamente necessario togliere rapidamente la sonda per il pericolo della soffocazione, dovuto al liquido che sale lungo le pareti della sonda.

Tale difficoltà può essere in generale vinta diminuendo la quantità del liquido che si introduce, rallentando la introduzione, ripetendo più frequentemente il procedimento; in casi estremi cercando di rendere insensibile il faringe con narcotici (bromuro di potassio, spennellature con soluzioni di cocaina e di morfina), facendo precedere acqua ghiacciata, gocce di cloroformio o cognac. Tuttavia si incontrano anche, fortunatamente di rado, infermi sitofobi che possono volontariamente vomitare e che in tal modo rendono impossibile ogni nutrizione.

In tali casi, e in altri nei quali, per una ragione qualsiasi (restringimenti, ascessi, tumori) la nutrizione per lo stomaco riesce impossibile, si possono sperimentare ancora i *clisteri nutritivi,* che sono però a lungo andare un mezzo di aiuto molto incompleto. Dopo accurato lavaggio dell'intestino e dopo introduzione di suppositori oppiati per abolirne la motilità, vengono introdotte, più in alto possibile, piccole quantità di liquido di grande valore nutritivo, composto in maniera da essere sopportato dall'intestino; latte con uova, farina con uova, zucchero d'uva con uova, e con peptone di carne, ecc. Però negli infermi molto riluttanti si può impedire molto difficilmente di spinger fuori il liquido.

Recentemente la serie dei nostri mezzi di lotta contro la sitofobia è stata aumentata dalla iniezione sottocutanea di *cloruro di sodio* (1). Tale cura è adatta in quei casi nei quali per ragioni somatiche (gravi infermità della bocca e dello stomaco), è impossibile la introduzione di alimenti o medicamenti eccitanti, o dove sembra necessario un riempimento rapido e abbondante del sistema vascolare. Negli esperimenti fatti con tale metodo si è dimostrato che in seguito alla iniezione di sale da cucina suole avvenire, oltre ad un regolare miglioramento dello stato generale, anche un aumento del senso della fame e della sete, che a volte fa sì che i malati si nutriscano volontariamente, specialmente quando la sitofobia è dovuta non a idee deliranti ben chiare, ma a confusione o ad irrequietezza. Basandoci su tali esperimenti noi abbiamo, in casi nei quali l'attendere non presentava un notevole pericolo, usato in luogo delle iniezioni i clisteri di cloruro di sodio. Il successo non è certamente così istantaneo ed energico, ma il procedimento è molto più semplice. Piccole quantità di soluzione fisiologica di sale di cucina ben riscaldata, circa $^1/_4$ di litro per volta, si iniettano nell'intestino lentamente a bassa pressione; l'assorbimento da parte del corpo povero d'acqua avviene allora regolarmente in modo

---

(1) Ilberg, *Allgem. Zeistchr. f. Psychiatrie,* XLVIII. 620; Jacquin, *Annales médico-psycholog.* VIII, 11, 361, 1900; Marie *und* Pactet, idem, VIII, 14, 278, 1901.

rapido e completo. Anche con tale procedimento sopravviene di solito un vivo senso di fame e di sete, che a volte rende facile domare la resistenza contro la recezione del nutrimento.

L'introduzione di veri materiali nutritizi sotto la pelle è stata fino ad ora provata in limitata estensione. Le più adatte si sono dimostrate le *iniezione di olio* raccomandante caldamente da ILBERG (1). Con le necessarie precauzioni asettiche, quantità di 200 o 300 gr. di olio vengono iniettate con un ago cannula grosso e fenestrato sotto la pelle, resa insensibile secondo il procedimento di SCHLEICH e vengono assorbite apparentemente senza alcun disturbo. Quindi noi possediamo ancora in casi disperati, nei quali ci vengono a mancare tutte le altre risorse, una nuova via per prolungare per alcun tempo la vita, talvolta fino ad un favorevole cambiamento.

E. *Il Manicomio.*

Tutti i rimedi somatici e psichici si trovano riuniti per cooperare allo stesso scopo nei multiformi impianti del Manicomio. Questo, sotto la sua forma odierna, è una conquista del nostro secolo (2). Nei secoli passati i malati innocui si lasciavano semplicemente girare, e solo i pazzi che disturbavano si cacciavano ai confini vicini o si richiudevano; essi furono rinchiusi nei chiostri, più spesso nelle prigioni e negli ergastoli insieme con i delinquenti, nelle gabbie (« Dorenkisten »), oppure in speciali « torri per pazzi », che per lo più erano poste vicino alle mura della città e che in certi giorni venivano visitate dal popolo a scopo di divertimento. Alcuni malati ritenuti stregoni caddero vittime di processi, e furono crudelmente martirizzati o bruciati (3).

Sfortunatamente la vittoria su tali oscure superstizioni migliorò solo da poco più di un secolo la sorte dei disgraziati malati di mente. Poichè la pazzia era ritenuta inguaribile, così i pazzi non erano che un peso, del quale si cercò liberarsi nel modo più semplice possibile. Vero è che in alcuni Ospedali si curarono con sufficiente metodo i malati di mente; in generale però le « case dei dementi », le « casette per i pazzi », le « prigioni degli ossessi » costruite vicino agli ospedali, alle infermerie, ecc., servivano solo per tenerli rinchiusi. Così gli infermi

(1) ILBERG, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LX, 278.

(2) KIRCHHOFF, *Grundniss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege.* 1900; SNELL, *Zur Geschichte der Irrenpflege.* 1896; RIEGER, *Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit* 300 *Jahren.* 1899.

(3) SNELL, *Hexenprozesse und Geistesstörung.* 1891.

furono abbandonati spesso senza alcuna protezione, in prigioni sudicie, senza luce nè aria, sopra giacigli di paglia, stretti, legati con catene, soffrendo la fame, nudi, sotto la volontà e la frusta di brutali guardiani (spesso deliquenti rilasciati!), finchè la morte, più compassionevole dei vivi, non li liberava dalle loro sofferenze. Anche dopo la metà del secolo XVIII, nella quale epoca fu costruito in Inghilterra il primo vero Manicomio per il trattamento dei malati di mente, tale esempio trovò solo lentamente imitatori. Ancora verso la fine del secolo XVIII quando Pinel a Parigi [e Chiarugi in Italia] cercava di rendere meno duro il destino dei malati di mente, quasi ovunque, in Inghilterra come nel Continente, regnavano nelle case dei pazzi le più terribile misure. Perfino nel 1817 Hayner, il venerabile combattente per un più umano trattamento dei pazzi in Germania, si vide costretto a reclamare pubblicamente, nel modo più solenne, contro le catene, le sedie di forza, i supplizi corporali (1). Una giusta rappresentazione di quel che erano fino verso il 1820 i Manicomii è data dal celebre quadro « la Casa dei pazzi » di Kaulbach.

Gradatamente però si faceva strada, con forza sempre crescente, la necessità di una completa riforma sopra criteri medici nella cura dei pazzi, e quindi nei primi decenni del secolo XVIII si cominciò nei paesi più progrediti invece che a rinchiudere semplicemente i malati, ad istituire vere Case di salute, le quali furono destinate a procurare ai disgraziati pazzi i beneficii di una cura *medica, diretta a vincere la loro malattia.*

Tale mutamento stava in intima relazione col progresso delle conoscenze scientifiche sulla natura dei disturbi mentali. Pochi campi dell'attività umana sono forse così adatti come la cura delle malattie di mente per rendere evidente la grandissima influenza che la indagine puramente scientifica può esercitare sul benessere o sul malessere degli individui. Perciò la cura pratica per i malati di mente non potè da principio trovare la giusta via, perchè mancava la guida per comprendere scientificamente la pazzia.

Vero è che l'esperienza quotidiana già aveva condotto a un trattamento non molto lontano dalle nostre idee odierne. Malgrado ciò non poteva essere a meno che l'influenza di certe interpretazioni speculativo-psicologiche della pazzia si facesse riconoscere in alcune

---

(1) Hayner, *Auffordeaungen an Regierungen, Obrigkeiten und Vorstehner der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schweren Gebrechen in der Behandlung der Irren.* 1817.

stranezze; specialmente nell'uso di una serie di istrumenti per tormentare: il sacco, l'altalena girante, il timpano, le casse mortuarie, le docce fredde, ecc., con i quali mezzi si credeva poter esercitare determinate azioni curative sulla psiche. Gli infermi furono maltrattati e tormentati nel modo più svariato, ma non più per brutalità, invece credendo in buona fede di influire su di essi terapeuticamente (1).

Fortunatamente tale errore è stato vinto relativamente presto, e gli istrumenti furono in breve tempo riposti; invece l'uso di una semplice costrizione meccanica per proteggersi contro i malati di mente, o anche per poterli influenzare psichicamente, sembrò per decenni una misura naturale. Lunghe e gravi lotte si sono dovute sostenere, finchè l'ardita novità di CONOLLY con le sue conseguenze estese alla intera organizzazione dei Manicomii, fu considerata dovunque una esigenza naturale.

Possiamo però dire con orgoglio che le resistenze contro ogni progresso dipendevano molto meno dagli alienisti che dalle condizioni esterne, dalla mancanza di cognizioni, e dalla indifferenza della popolazione, come pure dalla mancanza di ambiente favorevole. Per molti secoli il governo e il popolo hanno contemplato senza interessamento la disgrazia dei malati di mente e solo da che esistono gli alienisti è cominciato il movimento che ci ha condotto all'altezza attuale. Quegli errori e quelle sconvenienze che forse anche oggi vediamo, non sono in generale il risultato di colpevole dimenticanza del dovere o di trascuratezza, ma sono gli ultimi avanzi di un'epoca appena trascorsa, nella quale solo le intelligenze più elevate e più illuminate difendevano i diritti umani dei malati di mente.

Gli stessi alienisti che a volte, con strana ignoranza del progresso storico, sono stati stimati quali innati nemici degli infermi e dei sani, sono stati quelli che, con un lavoro professionale faticoso e pieno di sacrifici, hanno tolto ai loro infermi le catene, nelle quali la brutalità e l'ignoranza li avevano per così lungo tempo tenuti.

Gli attuali Manicomii sono ospedali come tutti gli altri, con la sola differenza, richiesta dallo stato dei suoi abitanti, che l'ingresso, il genere di cura e l'uscita non dipendono dalla volontà dell'infermo, ma, sotto certi limiti, dal giudizio del medico specialista. Ogni impianto del Manicomio serve perciò in prima linea a scopo curativo, ad ottenere il quale si aspira con tutti i mezzi forniti dalla scienza e dalla

(1) SCHNEIDER, *Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychische Krankheiten.* 1824.

esperienza. Il Manicomio cerca di raggiungere questo cómpito innanzi tutto togliendo l'infermo alla *influenza di quelle eccitazioni abituali,* che troppo spesso sono dovute alle sue condizioni professionali, alla preoccupazione per il pane quotidiano, al trattamento errato e inconcepibile da parte dei parenti e degli amici e anche alle canzonature e alle burle di un ambiente rozzo. L'infermo si trova di nuovo in un genere di vita ordinata, penetrato dallo spirito umanitario e dalla benevolenza, nel quale lo attende una comprensione affettuosa del suo stato, una cura amorevole per i suoi bisogni e sopratutto una completa quiete. Molto frequentemente una istantanea tranquillizzazione rappresenta il rapido successo del trasporto nel Manicomio.

Sfortunatamente anche oggi i pregiudizi che esistono ancora nel popolo e anche nei medici contro il Manicomio, impediscono spesso l'esecuzione a tempo opportuno di tale benefica misura. Sembra appena credibile, che malgrado l'odierno sviluppo delle nostre conoscenze sulla pazzia, persista in estesi circoli la idea tanto insensata quanto funesta che un infermo debba prima divenire « maturo » per il Manicomio, che il suo stato possa peggiorare con un ingresso prematuro, che la conoscenza d'essere al Manicomio, il vivere insieme con altri malati, debba farlo diventare furibondo. A tutto ciò va unita l'idea, contraria ad ogni esperienza, che un sano che per errore fosse rinchiuso in un Manicomio possa, per le terribili impressioni ricevute, cadere molto presto in una malattia mentale, ecc. Da malati irragionevoli noi sentiamo dire tutti i giorni queste ragioni; esse sono solo l'eco di quelle cattive aspirazioni che cercano sempre nuovamente, con storie spaventevoli senza alcun giudizio, eccitare contro i Manicomii quella diffidenza che fortunatamente va ovunque diminuendo. Cercando con istanze di ogni genere di rendere per quanto è possibile difficile l'accoglimento degli infermi nei Manicomii con lunghe formalità, e anche col mettere in opera un proprio « processo dei pazzi », si privano migliaia d'infermi « bisognosi di aiuto » della benefica influenza di un trattamento intrapreso a tempo opportuno e quindi perfino della possibilità della guarigione. L'esperienza infatti ha in modo assolutamente indubbio dimostrato che la speranza di guarigione e anche il miglioramento nei malati di mente è maggiore quanto *più presto* avviene il loro trasporto in un Manicomio.

Solo in forme molto leggere di depressione psichica, in molte forme della pazzia degenerativa, in stati demenziali a decorso molto lento o conclamati, ecc., e quando le condizioni di famiglia permettono una sorveglianza e una cura appropriata, si può consigliare di non fare uso della cura del Manicomio. In tutte le forme mentali gravi e spe-

cialmente nelle acute, e *assolutamente* quando esistono cause nocive nell'ambiente che circonda il malato e quando si manifestano idee suicide, rifiuto del nutrimento, gravi stati di agitazione, quando gli infermi sono sudici od hanno tendenza ad atti violenti, è urgente di trasportare l'infermo dalla famiglia al Manicomio. Quello che il Manicomio offre a simili infermi può in famiglia essere raggiunto solo approssimativamente, quando la casa stessa viene trasformata in un piccolo manicomio, come forse eccezionalmente possedendo grandi mezzi sarà possibile fare.

Molto importante è l'avvertire di non compiere quei frequenti esperimenti irragionevoli per troncare il minacciante disturbo psichico con « distrazioni », viaggi faticosi, cure private e di idroterapia, prima di giungere all'unico passo giusto per tanto tempo respinto, cioè al trasporto nel Manicomio. In tal modo va perduto il miglior tempo per un efficace trattamento medico; è favorito così il progredire del processo morboso fino ad aversi disturbi gravi e forse non riparabili, sicchè, dopo falliti tutti gli esperimenti, l'infermo giunge alla fine nelle mani dell'alienista già psichicamente rovinato. Benchè il punto più importante per la cura dei malati di mente stia nel Manicomio, rimane appunto perciò al medico di famiglia l'importantissimo compito di riconoscere a tempo lo sviluppo del disturbo, e suggerire senza perdere tempo con esperimenti inutili e spesso nocivi, il trasferimento dell'infermo nel Manicomio (1). Di speciale valore sarà perciò poter avere dal medico una intelligente storia della malattia in modo che l'alienista possa avere esatta relazione del principio e del decorso della psicosi, poichè le dichiarazioni dell'infermo e anche della famiglia su tale punto sono raramente sicure.

Sulle formalità con le quali deve essere compiuto il trasferimento dell'infermo nel Manicomio esistono nei singoli paesi norme diverse. A parte le ammissioni spontanee che fortunatamente sono già spesso possibili, si richiede regolarmente il consenso dei parenti più stretti o una carta d'ammissione da parte dell'Autorità, inoltre uno o più certificati del medico di famiglia o del medico del distretto sulla esistenza di un disturbo mentale e sulla necessità della cura manicomiale. Spesso esiste il principio che in casi di estremo bisogno non debba venir ritardata l'ammissione dell'infermo per la mancanza dell'uno o dell'altro certificato, ma invece il medico del Manicomio può avere il diritto, secondo le circostanze, di ammettere con sollecitudine l'infermo, purchè poi

(1) Hoche, *Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung in die Irrenanstalt.* 1900; Gastpar, *Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt.* 1902.

vengano fornite le carte necessarie. Ciò è necessario specialmente per la ragione che altrimenti gli infermi agitati vengono dapprincipio rinchiusi senza alcuna formalità, legati strettamente a letto in un luogo disadatto e nel miglior caso nella cella di rigore di un ospedale, se pure non fuggono via, non s'uccidono o non commettono qualche grave fatto. In complesso le aspirazioni di tutte le persone di giudizio sono di *facilitare* per quanto è possibile l'ammissione di tutti i casi indubbi di disturbi mentali, perchè i « documenti » non hanno affatto l'azione ad essi attribuita di eliminare la possibilità di sequestri arbitrarii, ma ritardano solamente i sussidii curativi. La garanzia contro gli abusi, a parte le leggi penali, sta, come appunto nella amministrazione della giustizia, nell'abilità e nella personale fidatezza degli alienisti. È caratteristico a questo riguardo che, malgrado tutte le storie spaventose che sono state riportate persino nel Parlamento, in Germania mai un alienista è stato condannato per illegale privazione della libertà. Io stesso ho avuto occasione di ammettere per 6 anni senza documenti i miei infermi e non è nato da ciò alcun rilevabile inconveniente. Vero è che la responsabilità per l'alienista è in queste condizioni molto maggiore che se egli sempre si riferisce agli ordini legali, ma è anche vero che egli come competente, può, essendo la persona più adatta, sopportare tale responsabilità con notevole vantaggio degli infermi.

Malgrado ciò il sottomettersi, come abbiamo detto antecedentemente, a tutte le formalità, riesce appunto al medico del Manicomio molto gradito in tutti i casi difficili, per il fatto che il malcontento, che proviene d'ordinario dal mantenimento spiacevole e ingrato dei malati riluttanti e coscienti in Manicomio, ricade anche sulle spalle altrui. Noi alienisti quindi, dal punto di vista della nostra comodità, non avremmo da obbiettare nulla contro le difficoltà per l' ammissione nei Manicomi. Si provi però ad eseguire una simile « riforma », anche per un solo anno seriamente, in una parte qualsiasi del paese e si vedrà allora che le proposte stampate di modificar le leggi da parte dei mordaci giuristi e dei loro pseudo-alienisti che li appoggiano, saranno spazzate via da un turbine di indignazione per la mancante sollecitudine verso i malati di mente. Dando solo uno sguardo ai giornali ci facciamo un concetto chiaro della grandezza delle disgrazie che i malati di mente liberi arrecano anche ora, tutti i giorni, a sè stessi e a chi sta loro vicino. Una cura a tempo giusto per questi infelici potrebbe senza dubbio evitare un gran numero di suicidi, di uccisioni famigliari, di aggressioni, di incendi, di dissipazione di danaro, di mostruosità sessuali che noi accettiamo come fatti na-

turali. Chi trova il triste coraggio di volere ancora ingrandire la grande somma inesauribile della umana disgrazia, prova con ciò di non avere alcuna idea della influenza distruggitrice che anche un solo malato di mente può esercitare sulla famiglia costretta a curarlo. Certo non tutti i malati di mente sono pericolosi, ma sono pochi quelli che non potrebbero divenirlo. Perciò io ho trovato una maggiore difficoltà a dimettere infermi inguaribili che potrebbero essere anche congedati, che non a mantenere contro la loro volontà nel manicomio infermi pericolosi per gli altri.

Per il trattamento del *successivo decorso* dei disturbi psichici, il Manicomio ha bisogno di tutti i mezzi capaci di agire favorevolmente su di essi. Sopratutto debbono esservi *Medici* specialmente esperti nella specialità e che abbiano inoltre tutte le altre qualità necessarie che abbiamo già dette. Non possiamo nascondere che su tale punto ancora non abbiamo raggiunto ciò che è desiderabile (1). La professione di alienista, specialmente di Direttore del Manicomio, è molto difficile e piena di abnegazione. La vita isolata nelle Case di salute che per lo più sono lontane dai centri, la grande responsabilità, il rapporto snervante ininterrotto con i malati di mente, nel maggior numero dei casi la mancanza di speranza nei risultati, la condizione economica non soddisfacente, infine il soverchio carico dei lavori di pura amministrazione, esigono una non comune inclinazione alla professione e una forte energia psichica. In tal modo viene impedita sensibilmente la tendenza e la capacità al perfezionamento scientifico e ad eccitare e ad educare i giovani medici. A ciò si aggiunga che quasi dovunque il numero dei medici addetti ai Manicomii è troppo esiguo, e un solo medico deve non raramente bastare per 150, 200 malati e a volte ancora per un numero maggiore. Quindi si spiega come anche i posti esistenti siano occupati da individui insufficienti, oppure non sono affatto occupati. Le conseguenze inevitabili sono lavoro eccessivo dei singoli, piacere nullo per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso.

Poichè il successivo sviluppo della nostra cura per i malati dipende completamente dalle conoscenze e dalla capacità al lavoro della classe degli alienisti, lo Stato dovrebbe avere a tale riguardo il còmpito più importante. L'importante sarebbe che il numero delle posizioni agiate e indipendenti che possono essere raggiunte dall'alienista fosse considerevolmente aumentato. Inoltre però si deve cercare di

(1) Hoppe, *Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten.* 1902.

mantenere negli alienisti un contatto vivo e permanente con le aspirazioni scientifiche, diminuendo le faccende amministrative, aumentando i mezzi scientifici, le biblioteche, i corsi di perfezionamento, le possibilità di viaggi scientifici. È una veduta molto piccola quella, che il lavoro scientifico tolga tempo e forza al servizio degli infermi; avviene invece il contrario. Solo considerando scientificamente l'oggetto della propria attività, l'alienista è capace di compensare un po' i lati brutti della sua professione, di mantenere la vigoria, di preservarsi da un meccanico disbrigo delle sue occupazioni. Se si considera inoltre che solo rendendo possibile l'approfondimento scientifico nella professione si attireranno col tempo valorose energie, non si potrà più mettere in dubbio che soddisfacendo le aspirazioni scientifiche si abbiano i risultati più vantaggiosi anche per la cura pratica degli infermi. Vero è che dicendo ciò si suppone che si tratti della occupazione in questioni scientifiche attinenti alla psichiatria, non di tendenze secondo il gusto personale. Còmpito delle Cliniche dovrà essere quello di dare l'impulso a queste attività, come viceversa molti problemi clinici di grandissima importanza possono venire iniziati e risolti dai Medici dei Manicomii.

Forse ancora più urgente della questione di una sufficiente cura medica per i nostri infermi è quella di procurare un *adatto personale* di *Infermieri* (1). Tutti gli alienisti convengono in ciò, che la soluzione di tale questione è attualmente così urgente come difficile. È all'infermiere che noi dobbiamo affidare permanentemente i nostri infermi, potendoli solo sorvegliare transitoriamente. Con ragione quindi WESTPHAL ha detto che il maggiore inconveniente nella professione dell'alienista è quella che non si sa mai sicuramente ciò che avviene dei malati appena si volta loro le spalle. La professione degli infermieri di Manicomio esige non solo una grande sanità psichica e fisica, ma anche una estrema pazienza, spirito d'abnegazione, predominio su sè stesso e intelligenza. È sicuro che solo una piccolissima parte del personale odierno corrisponde appena approssimativamente a tali esigenze, tanto più che il compenso che si offre loro non sta in rapporto con la difficoltà dei doveri imposti. Ma anche i soggetti veramente bravi e pronti al servizio, dopo un tempo più o meno lungo, d'ordinario vengono meno, si consumano nella attività estremamente snervante. Alcuni esperti alienisti ritengono perciò non opportuno formare della cura dei pazzi una professione stabile, invece richiedono l'ammissione

(1) HOPPE, *Centralblatt. f. Psych.* 1892, *Dezember*; 1885, *Febr.;* LUDWIG, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, LIV, 108.

di nuove forze al posto delle persone consumate dopo un certo numero di anni. Ma in ogni modo la condizione di vita degli infermieri deve essere curata più di quello che non sia attualmente per rendere possibile una adatta scelta dei soggetti migliori. Inoltre si dovrà avere cura grandissima e ininterrotta della pratica professionale (1) e della educazione morale individuale, se vogliamo ottenere gradualmente in media quella abilità e sicurezza che richiede assolutamente la cura dei nostri infermi.

Ciascun Manicomio si compone naturalmente di un numero maggiore o minore di *riparti,* diversamente condizionati per le singole categorie di malati (agitati, semi-agitati, tranquilli, infermi soggetti a sorveglianza, ecc.); il manicomio inoltre contiene le installazioni generali degli altri ospedali. Del resto la varietà dei cómpiti che deve adempiere il Manicomio secondo le caratteristiche dei suoi abitanti, rende necessaria una divisione del lavoro, un differenziamento degli Asili per i loro speciali scopi. Certamente la divisione che per lo più si faceva in passato di Asili per incurabili e di Asili di cura è stata quasi dovunque bandita come inopportuna e inattuabile. Invece comincia sempre più a manifestarsi la tendenza alla separazione in piccoli *Asili urbani,* che si possono facilmente ottenere, adatti per i casi a rapido decorso, per provvisorii collocamenti e talvolta anche per istruzione, e in grandi Manicomi per una cura più lunga o per un provvedimento permanente, situati più lontani dalle città. Gli Asili urbani avrebbero il cómpito di scegliere, da tutto il materiale che continuamente vi affluisce, i casi da assegnare ai Manicomi.

La installazione degli Asili urbani per il genere degli infermi che vi affluiscono, è dominata dal concetto di una sorveglianza per quanto è possibile completa e continua. Tale principio è stato per il primo realizzato da Parchappe nei cosidetti *reparti di sorveglianza,* nei quali il personale di guardia aveva sott'occhio gli infermi giorno e notte, per poter in ogni tempo prestare aiuto o evitare disgrazie. Secondo le nostre attuali idee molti infermi hanno bisogno di una simile sorveglianza, i malati pericolosi per loro stessi, i sitofobi, i sudici, gli infermi di malattie fisiche, infine gli agitati e i violenti. In un Asilo urbano quest'ultima classe d'infermi raggiunge per lo più la metà o i due terzi di tutti gli infermi. È però evidente che questi infermi così diversi

(1) Mercklin, *Centralblatt. für Nervenheilk. u. Psychirtrie* 1896, 457; Snell, *Grundzüge der Irrenpflege.* 1897; *Leitfäden von* Schröter (1897), Tippel, (1897), Schless, (2.*Aufl.* 1901), Scholz (3. *Aufl.* 1902).

non è possibile siano collocati tutti in un reparto senza che reciprocamente si disturbino assai. Saranno necessarii quindi per ciascun sesso almeno due reparti di sorveglianza, uno per i tranquilli, l'altro per gli agitati. Se si può ancora suddividere e separare specialmente gli infermi e i sudici, è tanto di guadagnato.

Ogni riparto di sorveglianza si comporrà di molti ambienti l'uno vicino all'altro, che possano essere abbracciati facilmente con l'occhio e nei quali si possa procedere ad una certa separazione dei malati che disturbano. All'istesso scopo servono 1-2 camere isolate, confinanti con le stanze principali e che possono essere sorvegliate, per gli infermi che per qualsiasi ragione debbano o vogliano essere separati. Se non si ha a disposizione una sezione speciale per malati d'infermità fisiche, allora si potranno usare queste camere isolate specialmente per i tubercolosi, l'isolamento dei quali ha una speciale importanza nei Manicomi. Gli infermi sui quali v'è il sospetto di tendenza al suicidio debbono essere collocati in modo da non rimanere neppure per un momento senza sorveglianza; se vi è bisogno, si deve istituire per alcuni infermi una guardia speciale. Il porre simili infermi in camere isolate con un infermiere di guardia a permanenza, ciò che è desiderato tanto spesso dai parenti di soggetti di classi sociali più elevate, offre una sicurezza molto minore ed è perciò nei casi gravi da sconsigliarsi energicamente. Io del resto ho veduto spesso i malati coscienti rifiutare il trasloco dai reparti di sorveglianza, perchè ci si sentivano più sicuri. Le camere che servono per infermi nei quali esiste il sospetto di tendenze al suicidio dovrebbero essere poste assolutamente a piano terra. Se ciò non può attuarsi, io credo, malgrado l'opposizione di molti, che sia indispensabile porre alle finestre un'inferriata, perchè l'esperienza mi ha disgraziatamente dimostrato parecchie volte che senza simile misura di sicurezza i tentativi pericolosi di suicidio non possono venire sicuramente evitati!

La principale esigenza di abbracciare con l'occhio tutti gli ambienti fa pensare essere inopportuno l'uso di corridoi che prima si costruivano nei riparti di sorveglianza. Tutte le camere accessorie per gli infermi debbono essere facilmente accessibili direttamente dalla sala di guardia. Agli ambienti accessorii appartengono le latrine, i lavandini, la cucina e sopratutto le camere da bagno che, specialmente dopo i successi dei bagni a permanenza, hanno una importanza molto maggiore di prima. Queste camere debbono essere, per quanto è possibile, spaziose, chiare, allegre, pulite, mobiliate confortabilmente, attigue alla principale camera di guardia; per molte ragioni sono desiderabili due ingressi per la camera da bagno. L'afflusso e il deflusso dell'acqua deve essere indipendente

dall'azione dell'infermo. Tutti gli oggetti che possono diventare un'arma debbono essere allontanati accuratamente dalle camere da bagno per gli agitati; per queste camere si raccomanda anche di mettere alle finestre vetri spessi. Se il numero delle vasche è sufficiente, se è possibile continuare i bagni anche di notte e se vi è un bastante personale di guardia, allora anche la installazione dei reparti di sorveglianza degli agitati può corrispondere completamente a quella dei tranquilli, e tutte e due, salvo che nelle porte chiuse, non si distingueranno per nulla dalle ordinarie corsie di ospedale. Non si sente più il bisogno di un corridoio che immetta alle celle; solo nei casi eccezionali (delinquenti) sarà disponibile una stanza fabbricata con maggior sicurezza. Per gli infermi che di quando in quando sono in piedi, deve esservi una camera di soggiorno.

Le *guardie notturne* sono regolate, per lo meno nei piccoli Asili, dal procedimento cosidetto scozzese. Con tal metodo uno stesso infermiere, scelto tra i più anziani e i più esperti, veglia tutta la notte per parecchi giorni, per esempio per quindici notti, e durante il giorno è completamente libero dal servizio. I vantaggi di tal metodo, invece del continuo cambiamento con la divisione della notte in due parti, sono considerevoli; consistono specialmente nel fatto che con un minimo aumento del personale può ottenersi una sorveglianza molto più estesa. Naturalmente le camere da bagno, ove anche durante la notte vi sono malati, richiedono una guardia speciale. Tutte le guardie, se debbono avere uno scopo, hanno bisogno di un accurato controllo.

Negli Asili urbani, di fronte ai reparti di sorveglianza, le sale per gli infermi tranquilli e per i convalescenti hanno una parte relativamente minima, nè debbono offrire qualche cosa di speciale nella loro organizzazione. È opportuno aver disponibili alcune camere da lavoro, nelle quali talvolta si possono far lavorare i calzolai, i sarti, ecc. Inoltre dovrebbero esservi giardini, non solo per la ricreazione, ma anche un po' per le occupazioni all'aria libera.

Nei grandi Manicomii i riparti di sorveglianza sono il nucleo di tutto, ma essi contengouo solo una parte relativamente piccola di infermi. In questi Manicomi sarà possibile una maggiore divisione di reparti di guardia per le diverse categorie di infermi, e in tal modo i singoli reparti potranno essere adattati ancora meglio ai loro scopi speciali. Inoltre nei grandi Manicomii i mezzi per la occupazione e la distrazione dei malati generalmente tranquilli, capaci di lavorare, saranno più facile ad ottenere. I reparti prendono quindi l'impronta di grandi abitazioni comuni; abbiamo sale da giuoco e da soggiorno, biblioteca, laboratori di ogni specie, grandi giardini, allevamento di bestiame, campagna ecc.

Quanto maggiore è in un Manicomio il numero dei cronici, tanto maggiore libertà di movimento sarà permessa ai suoi abitanti. Durando a lungo la pazzia, gli eccitamenti violenti diminuiscono in generale sempre più; gli infermi divengono più tranquilli, più ugnali nel contégno, però anche più deboli di mente. Contro il minacciante pericolo dell'ulteriore decadimento psichico non v' ha rimedio migliore della libertà, perchè il monotono soggiorno nel Manicomio con la sua influenza ottundente favorisce decisamente il progredire della demenza. Sfortunatamente non è sempre possibile lasciar tornare i malati non guariti nella loro antica condizione. Perciò si procurerà per quanto è possibile libertà di muoversi e di occuparsi, almeno entro i confini del Manicomio. Tale desiderio ha gradualmente portato a che la maggior parte almeno dei nuovi Manicomii abbia rinunziato in massima alla stretta reclusione dei malati, come prima si faceva. Ovunque si cerca dare ai Manicomii anche esternamente, circondandoli con semplici siepi, distribuendo gli infermi in case fabbricate in forma di allegri e isolati villini, l'apparenza di una colonia di lavoratori più che di una prigione per pazzi. In molti luoghi si son fatti abitare dai malati fino alla metà o ai due terzi, grandi riparti, completamente liberi e con le porte aperte e gli infermi si sono lasciati muovere secondo il loro desiderio sul territorio manicomiale (sistema delle porte aperte - *open doov)*. La benefica influenza di tali impianti sul benessere, sulla capacità al lavoro e su tutta la condotta degli infermi è straordinaria.

Appunto l'ulteriore perfezionamento di tali riparti aperti contribuirà in prima linea a rendere più popolari i Manicomi e a far scomparire gradualmente i pregiudizii ereditati dai tempi passati contro queste Case di salute. Specialmente potranno servire anche al collocamento di alcuni infermi che hanno bisogno del consiglio dell'alienista e che lo richiederebbero volentieri, ma che retrocedono avanti alla reclusione e alle formalità per l'ammissione. Il permettere le ammissioni volontarie favorirà questo sviluppo.

Un importantissimo progresso ha ancora perfezionato nei tempi recenti i grandi Manicomi sviluppando le cosidette *Colonie* (1), nelle quali per quanto è possibile si cerca attrarre gl'infermi ad occuparsi liberamente con lavori campestri. In tal modo tutta la questione della cura della pazzia dovrebbe aver raggiunto la sua finale soluzione per lungo tempo, importando un modo migliore di mantenimento e relativamente più

(1) Pätz, *Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Tür-System*. 1893.

economico. Il primo esperimento di una simile Casa di salute fu eseguito da Köppe in grande estensione con esito sorprendentemente favorevole e che già è stato imitato; egli nella proprietà di Alt-Scherbitz nella Sassonia ha fabbricato un simile manicomio adoperando completamente operai malati di mente. Naturalmente per il trattamento dei casi recenti e degli stati di agitazione transitoria è necessario ancora un Asilo centrale più piccolo con tutte le organizzazioni adatte a tale scopo. Sopratutto preziosa è la istituzione delle Colonie per collocare quei numerosi invalidi psichici, ai quali la malattia ha tolto la possibilità di una condotta indipendente di vita. Essi possono essere conservati per lunghi anni in uno stato di benessere sopportabile, col continuo stimolo dato dal lavoro, mentre senza ciò sarebbero caduti senza salvezza in una rapida demenza. Io stesso ho avuto occasione di vedere infermi che hanno vissuto lunghi anni in un grande Manicomio chiuso, rianimarsi mentalmente in modo addirittura sorprendente sotto l'influenza della libertà del movimento e della indipendente occupazione nella Colonia.

Negli ultimi decenni anche altre vie di miglioramento hanno facilitato essenzialmente la soluzione pratica della quistione del trattamento dei pazzi. Seguendo l'esempio del villaggio Belga di Gheel, gli abitanti del quale si occupano fin dagli antichi tempi della cura domestica dei pazzi per una ragione in origine religiosa (culto di Santa Dymphna), si è cercato in molti altri paesi e specialmente in Scozia, ma anche in Germania (Ilten, Bremen, Berlino, Zwiefalten e altri luoghi) di organizzare in estesa misura un *trattamento famigliare* (1) dei pazzi sotto la sorveglianza dei medici. In tal modo gli infermi, contro un determinato compenso, vengono messi a pensione in adatte famiglie e godono così di tutte le svariate eccitazioni e di tutti i piaceri che porta con sè la condotta di una vita indipendente in libertà e l'appartenere ad una piccola società. Tale cura famigliare serve da una parte di passaggio per una completa libertà, per riabituare i malati ad un lavoro quotidiano regolato e per dar loro modo di cercare guadagno. Oppure essa rappresenta una forma originale per la permanente cura dei malati di mente. In Germania questi luoghi di cura famigliare sono vicini regolarmente ai grandi Manicomi affinchè si possano sorvegliare. In Uchtspringe molti malati sono collocati addirittura nelle famiglie degli

(1) Bothe, *Die familiare Verpflegung Geisteskranker*. 1893; Falkenberg, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LIV, 553; Nawratzki, idem, XIL, 411, Alt, *Ueber familiäre Irrenpflege*, 1899; Tamburini, *L'Assistenza degli alienisti e il Patronato Famigliare in Italia*, 1903.

infermieri. In generale si tratta essenzialmente di quegli infermi che hanno bisogno del trattamento manicomiale, solo perchè non hanno una famiglia propria che sia in grado o che sia adatta ad accoglierli. Alt stima che il 15°/o degli infermi sono adatti alla cura famigliare. Invece nei villaggi belgi di Gheel e Lierneux la massima parte degli infermi viene curata presso famiglie, e nel centro dei villaggi si trova un riparto chiuso, relativamente molto piccolo, per malati agitati e per quelli che hanno bisogno di essere sorvegliati. Tali organizzazioni sono però possibili solo in quei paesi nei quali da una parte gli infermi stessi sono più adatti a tale trattamento, e d'altra parte si trova una popolazione che è specialmente adatta a tale cómpito.

Entro certi limiti, quale preparazione alla completa libertà e quale surrogato della propria famiglia, la cura familiare è la cosa più seducente per la cura dei pazzi, ed anche nelle nostre condizioni locali diverrà un importantissimo anello della catena di quelle organizzazioni che sono chiamate ad alleviare la sorte dei nostri infermi. Non si deve però dimenticare che anche tale sistema ha alcuni difetti, che consistono principalmente nella difficoltà della sorveglianza medica. Se essa deve corrispondere alle esigenze che noi medici dobbiamo attualmente pretendere, non ha affatto il vantaggio della economia. Vero è che la cura famigliare è originariamente dovuta alla necessità di provvedere per i poveri, sicchè in mancanza di adatti ospizi si è cercato collocare gli infermi in un modo qualunque. Tuttavia è evidente che in generale nessuna famiglia si addosserà il peso di mantenere un malato di mente ad essa completamente estraneo, se non venga proporzionalmente compensata. Quindi se il compenso è maggiore delle spese del mantenimento nei Manicomi, allora diminuiranno corrispondentemente anche i risultati amministrativi. D'altra parte però gli infermi si trovano per lo più molto meglio nelle semplici condizioni della cura familiare che nel manicomio.

La frequenza della pazzia nei prigionieri ha fatto sì che già da parecchio tempo si siano costruiti asili speciali per i *delinquenti* pazzi, che sono costruiti vicino alle case di pena. In Germania il primo riparto di tal genere fu costruito in Bruchsal; recentemente la Prussia ne ha costruiti molti altri. I prigionieri infermi vengono condotti molto presto sotto la cura dei medici specialisti. Appena decorso il periodo di pena, o in Prussia appena riconosciuta la loro inguaribilità, vengono trasportati nei Manicomi ordinari. Poichè questi malati molto frequentemente hanno tendenze molto fastidiose e pericolose, che non vanno d'accordo con la libertà della rimanente organizzazione mani-

comiale, si sono costruiti in alcuni manicomi altri fabbricati con speciali sicurezze per i « pazzi criminali » ed in essi furono posti anche altri infermi molto pericolosi. In generale però l'esperienza di accumulare simili inquilini in un riparto non ha dato risultati molto soddisfacenti.

Il cómpito dell'alienista giunge innanzi tutto ad una conclusione con la *dimissione dell'infermo dal Manicomio.* Di regola questa deve aver luogo subito dopo avvenuta la guarigione, ma non tanto rari sono i casi nei quali il lento decorso della guarigione e una vivace nostalgia, a dir vero però ancora morbosa, o le sollecitazioni dei parenti costringono ad una dimissione un po' prematura, se si vuole evitare il pericolo di un peggioramento o di un suicidio imprevisto. Con una prudente scelta degli infermi e in condizioni favorevoli di famiglia, la successiva guarigione avviene in generale senza disturbo. Specialmente i catatonici presentano a volte uno stupefacente miglioramento dopo un esperimento di dimissione. Con sufficiente frequenza però si hanno rapide ricadute, specialmente quando il convalescente è atteso in casa dalla miseria e da preoccupazioni, da un trattamento brutale o dalle occasioni a commettere eccessi. Invece avrebbe bisogno appunto di *riguardi,* di *evitare ogni sovra-affaticamento* e di rientrare *solo gradualmente* nelle cure quotidiane della professione. I soggetti benestanti fanno passare il tempo tra la convalescenza e il completo rientrare nei loro antecedenti doveri, soggiornando in un luogo di bagni, o visitando famiglie amiche, ecc.

Tutte le dimissioni dal Manicomio si fanno dapprincipio solo in *via di esperimento,* per facilitare il ritorno in caso di peggioramento e solo dopo alcuni mesi divengono definitive. Anche infermi non guariti, oppure inguaribili, sono dimessi dal Manicomio quando non esiste più ragione di curarli o quando possono fare la cura in casa, quando hanno conservato una sufficiente indipendenza psichica per poter vivere in buone condizioni esterne per un periodo più breve o più lungo senza sorveglianza medica. Esistono anzi alcune categorie di malati per i quali il soggiorno nel Manicomio è completamente nocivo, sebbene per i loro parenti la loro reclusione sembri indispensabile. In tali casi specialmente verrà utilizzato ogni accenno a miglioramento per far tornare il malato, per un periodo più o meno lungo, ai benefizi della vita libera, purchè possa ciò farsi senza pericolo.

Le difficoltà che si oppongono all'infermo guarito da un disturbo mentale e anche più a chi ne è solamente migliorato quando egli ritorna alle sue antecedenti condizioni di vita, ha condotto già da molti

decenni alla fondazione di *Società di soccorso* (1) [*Patronati*] per i malati dimessi. Il cómpito di queste Società è innanzi tutto di togliere agli infermi con convenienti sussidi le prime preoccupazioni e inoltre di aiutarli con consigli ed appoggi a riacquistare una indipendente e tranquilla posizione sociale. Alcune di queste Società di soccorso, tra le quali quella di HESSEN sotto la direzione di LUDWIG è divenuta il modello, hanno un cómpito ancora più esteso. Esse cercano in tutto il paese per mezzo di molte persone di fiducia, non solo di conservare un contatto continuo coi malati dimessi dai Manicomi, ma anche di educare la popolazione ad una efficace cooperazione per provvedere ad essi; rendendo in tal modo più popolare il concetto della natura della pazzia e spingendo l' opinione pubblica ben istruita a premere e ad aprire la strada a successivi miglioramenti.

Anche per altri scopi la terapia psichiatrica si estende oltre i limiti dei Manicomi propriamente detti. (2). Esistono gruppi d'infermi che hanno bisogno del trattamento dell'alienista senza però che debbano essere rinchiusi nei Manicomii. Si tratta di istituire per questi speciali istituzioni, adatte ai loro bisogni. La necessità più urgente è quella di provvedere ai *Sanatorii per alcoolisti*. Mentre gli alcoolisti inguaribili possono essere ammessi appunto nei Manicomi, l'opera tanto importante quanto piena di speranze di guarire gli alcoolisti iniziali fallirebbe se non si istituissero Sanatori speciali per i casi guaribili, facilitando in tal modo il principio volontario della cura sistematica. Appunto la costruzione di Sanatori per alcoolisti sotto la cura di medici, farà comprendere gradualmente al popolo in modo sempre più evidente, come l'intossicazione cronica da alcool è una malattia che deve essere combattuta con l'aiuto del medico. In secondo luogo ci troviamo innanzi all'urgente compito di creare Sanatori per quei *malati nervosi* privi di mezzi, che non possono essere sottoposti alla cura del Manicomio, ma che anzi da un soggiorno in questo possono addiritura essere danneggiati. A questi appartengono tutti quegli infermi coscienti e orientati che hanno bisogno per alcun tempo di tranquillità e di essere liberati dalla pressione dei bisogni giornalieri, o che hanno bisogno di essere energicamente diretti ad una regolare occupazione. L'idea per la fondazione di tali Sanatori per soggetti nervosi è stata agitata per il primo da MÖBIUS (3) e il primo risultato è la casa Schönow in

(1) SCHOLZ, *Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine*. 1902.

(2) FISCHER, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LV, 39.

(3) BENDA, *Oeffentliche Nervenheilanstalten?* 1891; MÖBIUS, *Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten*. 1896; FUCHS, *Deutsche Praxis*. 1902, 8; NEUMANN, *Aerztliche Mittheilungen für Baden*. 1901.

Zehlendorf prossima a Berlino; altre di queste case saranno tra breve costruite.

Una parte molto considerevole di malati di mente è collocata finalmente negli Ospedali, ne' Ricoveri, negli Asili per infermi di ogni specie, per lo più senza la cura di medici alienisti. Infatti specialmente gli stati originari di debolezza mentale non offrono per lo più alcuna difficoltà per essere in tal modo curati. Ben diversa è la questione nei casi di demenza acquisita. Qui esiste sempre il pericolo della trascuratezza, degli occasionali peggioramenti dello stato dell' infermo e talvolta di atti molto pericolosi. Perciò appare completamente errato sottrarre tali infermi alla ordinaria cura dei malati di mente, poichè altrimenti potrà essere difficilmente evitata la possibilità di gravi inconvenienti (1). Anche gli Asili speciali per *idioti* e per *epilettici*, che fino ad ora sono al di fuori dei veri Asili per alienati, hanno assolutamente bisogno della direzione e della sorveglianza di uno specialista, anche per il fatto che solo in tal modo si possono utilizzare scientificamente le osservazioni raccolte e facilitare il progresso nella interpretazione e nel trattamento della malattia stessa.

(1) Ludwig, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, LVIII, 1.